

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SILVIA JAQUELINE PEREIRA DE SOUZA

A REALIDADE OBJETIVA DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS  
EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO DE CASO

CURITIBA  
2013

SILVIA JAQUELINE PEREIRA DE SOUZA

A REALIDADE OBJETIVA DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS  
EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO DE CASO

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Liliana Müller Larocca

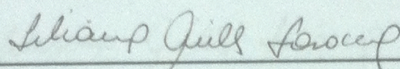
CURITIBA  
2013

**TERMO DE APROVAÇÃO**

SILVIA JAQUELINE PEREIRA DE SOUZA

A REALIDADE OBJETIVA DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM  
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO DE CASO

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional, Setor de Ciências da  
Saúde, Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:



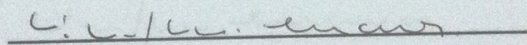
Presidente da Banca: Profª. Drª. Lilianna Müller Larocca

Universidade Federal do Paraná



Membro Titular Externo: Profª. Drª. Leandra Ulbricht

Universidade Tecnológica Federal do Paraná



Membro Titular: Profª. Drª. Maria Marta Nolasco Chaves

Universidade Federal do Paraná

Curitiba, 30 de Julho de 2013.

Dedico este trabalho a todos que estiveram ao meu lado, me incentivando e acreditando que eu poderia realiza-lo apesar das adversidades.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Liliana Müller Larocca, pelos anos que convivemos juntas, por me ensinar e acreditar no meu crescimento acadêmico. Muito obrigada!

Às minha amigas pelas conversas, pela atenção, pelos conselhos e principalmente por se preocuparem e importarem comigo.

Às Adriana, Cristiane, Regina e Denise, nos tornamos mais que uma turma de mestrandas, caminhamos e vencemos juntas!

À minha família pelo apoio incondicional.

Aos Colegas da UCP.

À Deus.

“Para realizar grandes conquistas, devemos não apenas agir, mas também sonhar; não apenas planejar, mas também acreditar”.

Anatole France

## RESUMO

Estudo de abordagem qualitativa, sendo, de acordo com os fins descritivos e quanto aos meios, um estudo de caso. Os objetivos foram: conhecer a realidade objetiva das Dants que acometem trabalhadores de Enfermagem, atuantes no Hospital de Clínicas (HC)/UFPR; e descrever as dimensões estrutural, particular e singular das Dants que acometem trabalhadores de Enfermagem no cenário investigado. Foi desenvolvido junto a dez informantes-chave da equipe de saúde da Unidade Gerencial Cardiovascular e Pneumologia, no período de janeiro a fevereiro de 2013. Utilizou-se do referencial metodológico da Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC). A coleta de dados foi feita mediante entrevista aberta. Para apreciação dos discursos, consideramos como categorias analíticas as dimensões estrutural, particular e singular, as quais se desdobraram em subcategorias empíricas. Constatou-se que embora sejam trabalhadores de enfermagem, são vulneráveis, reproduzem padrões de saúde que os expõe a riscos em prol de melhores condições de vida, vivenciam os processos de adoecimento, pois estão inseridos em uma classe social, que determina padrões de consumo, proteção e desgaste, tal qual a maioria dos brasileiros. Neste estudo identificou-se, nos discursos dos sujeitos envolvidos, dois gatilhos para o aparecimento de desgastes: a sobrecarga do trabalho e a deficiência de recursos humanos, bem como pretende fornecer subsídios a instituição para a elaboração de intervenções que melhorem as condições de saúde de seus trabalhadores por meio da reflexão da prática profissional em Enfermagem.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde do Trabalhador, Enfermagem. Saúde Coletiva.

## ABSTRACT

Descriptive qualitative study by means of a case study. The objectives were: to apprehend the objective reality of Non-communicable diseases and complications which affect nursing professionals working at Hospital de Clínicas (HC/ Federal University of Paraná); and to describe structural, particular and unique dimensions of Non-communicable diseases which affect nursing professionals in the investigated setting. It was carried out among ten key informants from the health team of the Cardiovascular and Pneumology Management Unit of the Hospital de Clínicas from Federal University of Parana in the city of Curitiba, Parana State/Brazil from January to February, 2013. Theory of Praxis Intervention in Collective Health Nursing (TIPESC, in Portuguese) was the methodological background used, developed by Egry (1996), and founded on the Dialectical and Historical Materialism. Data collection was performed by means of an open interview. Discourse analysis considered structural, particular and unique dimensions as analytical categories, which split into empirical subcategories. It was evidenced that although they are nursing professionals, they are vulnerable, produce generalized health patterns, are exposed to hazards for better conditions of living, experience disease processes as they are included in a social class which determines consumption, protection and strain standards, just like most Brazilians. In this study it was found in the speeches of the individuals involved, two triggers for the onset of wear: work overload and deficiency of human resources, as well as the institution plans to provide subsidies for the development of interventions to improve the health of their workers through reflection of professional practice in nursing.

**KEY WORDS:** Worker's Health. Nursing. Collective Health



## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 -	ESQUEMA DA PROPOSIÇÃO METODOLÓGICA DO TIPESC ADAPTADO DE QUEIROZ E EGRY (1988).....	33
FIGURA 2 -	CATEGORIA DIMENSIONAL: INTER-RELAÇÃO ENTRE O ESTRUTURAL, O PARTICULAR E O SINGULAR.....	34
FIGURA 3 -	ORGANOGRAMA DIREÇÃO ASSISTÊNCIA.....	38
FIGURA 4 -	ORGANOGRAMA DA UNIDADE GERENCIAL CARDIOPULMONAR.....	40

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - CATEGORIAS DIMENSIONAIS E SUBCATEGORIAS CONSTRUÍDAS A PARTIR DO DISCURSO DOS INFORMANTES-CHAVE .....	44
QUADRO 2 - FALA INFORMANTES-CHAVE – ADICIONAL DE PLANTÃO HOSPITALAR .....	50
QUADRO 3 - FALA INFORMANTES-CHAVE: MÊS TÍPICO DE TRABALHO ..	51
QUADRO 4 - FALA INFORMANTES-CHAVE: CONFLITO .....	53
QUADRO 5 - FALA INFORMANTES-CHAVE: ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM .....	54
QUADRO 6 - FALA INFORMANTES-CHAVE: SOBRECARGA DE TRABALHO	56
QUADRO 7 - FALA INFORMANTES-CHAVE: RECURSOS HUMANOS .....	57
QUADRO 8 - FALA INFORMANTES-CHAVE: RECURSOS HUMANOS/ ESCALA .....	58
QUADRO 9 FALA INFORMANTES-CHAVE: FALTAS, LICENÇAS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE, ATESTADOS MÉDICOS E ABSENTEÍSMOS .....	59
QUADRO 10 - FALA INFORMANTES-CHAVE: QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM .....	61
QUADRO 11 - FALA INFORMANTES-CHAVE: VISÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM .....	62
QUADRO 12 - FALA INFORMANTES-CHAVE: ACIDENTE DE TRABALHO .....	63
QUADRO 13 - FALA INFORMANTES-CHAVE: DANTo .....	65
QUADRO 14 - FALA INFORMANTES-CHAVES: RADIAÇÃO .....	66

**LISTA DE GRÁFICOS**

GRÁFICO 1 - TEMPO FORMAÇÃO DOS INFORMANTES-CHAVE .....	46
GRÁFICO 2 - FORMAÇÃO INFORMANTES-CHAVE .....	47
GRÁFICO 3 - TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO INFORMANTES- CHAVE .....	48
GRÁFICO 4 - FUNÇÃO NA INSTITUIÇÃO INFORMANTES-CHAVE .....	48

**LISTA DE SIGLAS**

APH	- Adicional de Plantão Hospitalar
CAAE	- Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAT	- Comunicação de Acidente de Trabalho
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST	- Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
COREN	- Conselho Regional de Enfermagem
CPRE	- Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica
CTIC	- Centro de Terapia Intensiva Cardiológica
DANTs	- Doenças e Agravos não transmissíveis
ECG	- Eletrocardiograma
GPPGPS	- Grupo de Pesquisa em Políticas Gestão e Práticas de Saúde
GM	- Gabinete do Ministro
HC	- Hospital Clínicas
IC	- Informante-chave
MAPA	- Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial
MHD	- Materialismo Histórico Dialético
MS	- Ministério da Saúde
ONA	- Organização Nacional de Acreditação
PNSST	- Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
POP	- Procedimento Operacional Padrão
RENAST	- Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SIAB	- Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	- Sistema de Informações Hospitalares
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIPESC	- Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva
UCO	- Unidade Coronariana

UCP	- Unidade Gerencial Cardiovascular e de Pneumologia
UCP	- Unidade Cardiovascular e Pneumologia
UDT	- Unidade Dor Torácica
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UNICEF	- United Nations Children's Fund

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>16</b>
<b>2.</b>	<b>CAMINHOS DO PENSAMENTO</b>	<b>19</b>
2.1	PROCESSO DE TRABALHO	19
2.1.1	Divisão social do trabalho	20
2.1.2	Divisão técnica do trabalho	21
2.1.3	Divisão sexual do trabalho	21
2.1.4	Divisão internacional do trabalho	21
2.2	FLEXIBILIZAÇÃO E PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO	22
2.3	PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	23
2.4	PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM	24
2.5	SAÚDE DO TRABALHADOR	26
2.6	DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS	29
<b>3.</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>32</b>
3.1	ASPECTOS ÉTICOS	35
3.2	CENÁRIO	36
3.2.1	Unidade Gerencial Cardiovascular e de Pneumologia (UCP)	37
3.2.1.1	Métodos Cardiológicos	40
3.2.1.2	Laboratório de função pulmonar	41
3.2.1.3	Laboratório de hemodinâmica	42
3.2.1.4	Unidade de internação cardiológica	42
3.2.1.5	Unidade de internação da pneumologia	42
3.2.1.6	Unidade de internação vascular	43
3.2.1.7	Centro de Terapia Intensivo Cardiológico	43
3.3	TRATAMENTO DOS DADOS	43
<b>4.</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>46</b>
4.1	PERFIL DOS INFORMANTES-CHAVE	46
4.2	INTERPRETAÇÃO DA REALIDADE OBJETIVA	49
4.2.1	Dimensão estrutural	49
4.2.2	Dimensão particular	50
4.2.2.1	Mês típico de trabalho	51

4.2.2.2	Conflitos	52
4.2.2.3	Organização do trabalho da Enfermagem	54
4.2.2.4	Sobrecarga de trabalho	55
4.2.2.5	Recursos humanos	57
4.2.2.6	Faltas, licenças para tratamento de saúde, atestados médicos e absenteísmos	59
4.2.2.7	Qualidade da assistência de Enfermagem	60
4.2.3	Dimensão singular	62
4.2.3.1	Acidentes de trabalho	62
4.2.3.2	Doenças e agravos não transmissíveis	64
5.	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>68</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>70</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>76</b>
	<b>ANEXO</b>	<b>80</b>

## INTRODUÇÃO

A Saúde do Trabalhador, no Brasil, vem ganhando maior visibilidade dentro do contexto social desde o Movimento de Reforma Sanitária, em 1980; a partir de então inúmeras discussões e conferências foram realizadas visando sua consolidação. Em 1988, com a Constituição e, logo após promulgação a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), iniciou-se um amplo processo que se solidificou em 2012, quando o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 1.823, estabeleceu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Outro tema que vem sendo foco de atenção das políticas públicas está relacionado às Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANTs), as quais devido às intensas modificações ocorridas no perfil demográfico e epidemiológico brasileiro são responsáveis, segundo dados do Ministério da Saúde (2011), por 72% das taxas de mortalidade registradas no país.

O interesse pela Saúde Coletiva ocorreu ainda na graduação, quando se deu a abordagem desta área de conhecimento por meio da monitoria na disciplina Enfermagem em Saúde Coletiva e no estágio voluntário, realizado no Serviço de Vigilância Epidemiológica Municipal. Também na graduação, houve a oportunidade de trabalhar com as DANTs na monografia de conclusão do curso, o que levou a uma sensibilização para a temática.

Inserida em uma prática assistencial hospitalar, a pesquisadora vivenciou a necessidade de maior atenção à Saúde do Trabalhador, bem como a saúde destes como sujeitos, para além da vida no ambiente hospitalar, pessoas que sofrem influências do contexto social no qual estão inseridas.

A Pós-Graduação *lato sensu* em Saúde do Trabalhador foi realizada com o intuito de aproximação ao tema, procurando entender a dinâmica do porquê do adoecimento pelo trabalho.

Com a abertura do Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* Mestrado Profissional, pela Universidade Federal do Paraná e, a parceria estabelecida com o Hospital de Clínicas, a pesquisadora vislumbrou a possibilidade de trabalhar mais uma vez com as DANTs, aliando as condições de



trabalho vivenciadas na instituição ao conhecimento produzido pela Saúde Coletiva.

Desde 2010, a pesquisadora participa do Grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas de Saúde (GPPGPS), da Universidade Federal do Paraná, sendo que, no ano de 2011, iniciou como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem. Tal caminhada está atrelada à linha de pesquisa: Políticas e Práticas de Educação, Saúde e Enfermagem do referido grupo.

O contato com trabalhadores de Enfermagem, embora em experiências diversificadas, evidenciaram situações semelhantes de ocorrência de afastamentos por licenças médicas, remanejamentos de funcionários para outros setores e outros tipos de enfrentamento. Ao deparar-se com esta realidade, e ser por ela afetada como trabalhadora, surgiu o seguinte questionamento: a realidade objetiva do trabalho em um hospital de ensino de Curitiba é determinante para o desenvolvimento de doenças e agravos não transmissíveis – DANTs - nos profissionais de Enfermagem?

Visando conhecer esta realidade, entendemos que o processo saúde-doença é socialmente determinado, pois mudanças sociais geradas em certo momento histórico promovem transformações na saúde, tanto na sua composição como na organização/estruturação do sistema de saúde. Na perspectiva filosófica adotada neste estudo, materialismo histórico e dialético, o ser humano é visto no coletivo estando sempre incluído em uma classe social, a qual é o espelho de sua inserção no sistema de produção que, por sua vez, estabelece a determinação do processo saúde-doença (QUEIROZ; EGRY, 1988).

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo: Conhecer a realidade objetiva das DANTs que acometem trabalhadores de Enfermagem, atuantes na Unidade Gerencial Cardiovascular e de Pneumologia do Hospital de Clínicas (HC)/UFPR;

Justifica-se tal objetivo, pois acredita-se ser imprescindível repensar o processo de trabalho da Enfermagem no cenário proposto, identificando e intervindo nas contradições que levam os profissionais de Enfermagem ao adoecimento. Além disso, compreender realidade objetiva deste contexto social

permite propor intervenções coerentes com as propostas de promoção à Saúde do Trabalhador.

A saúde coletiva, devido ao seu vasto campo de abrangência, possibilitou um rico conteúdo para pesquisa e investigação. Espera-se, com este estudo, contribuir com a produção do conhecimento em Enfermagem, bem como a melhoria no processo de trabalho no cenário da pesquisa.

## 2. CAMINHOS DO PENSAMENTO

Para compreender a realidade de um cenário se faz imperativo construir um caminho teórico de significados para a temática pesquisada. Assim, optou-se por nomear esta etapa de Caminhos do pensamento que, segundo Minayo (2010), não são como um ponto de chegada, mas como um acesso verificado para dialogar com o estudo.

### 2.1 PROCESSO DE TRABALHO

Merhy e Franco (2005), inspirados em Marx e Paulo Freire, referem que o trabalho é a essência da humanidade e, pela forma como trabalha-se no mundo, é dado sentido à existência humana.

O processo de trabalho é a ação intencional do ser humano de mudar um determinado objeto, utilizando suas capacidades físicas e mentais. Isso emite uma necessidade de manter a espécie humana inserida dentro de um grupo social (MEHYR; FRANCO, 2005).

Quando Marx há muitos anos atrás apresentou suas teorias, ele destacou que, com o progresso das forças produtivas, haveria um desenvolvimento simultâneo de sistemas políticos democráticos, proporcionando assim uma organização social, centrada no ser humano e, no qual, trabalho seria uma atividade prazerosa. Mas, segundo Pires (1998), infelizmente ele se equivocou com o potencial revolucionário das sociedades, subestimando a flexibilidade do capitalismo em alterar ambientes.

Atualmente observa-se modelos de produção semelhantes ao proposto por Marx, entretanto, não há equidade social e a dependência recíproca foi algumas vezes substituída pela concorrência desmedida sem limites éticos (PIRES, 1998).

Nos países em que o capitalismo avançou, nota-se profundas modificações no mundo do trabalho, principalmente na forma como ocorreram as

inserções produtivas, sindicais e políticas, afetando o trabalho em sua maneira de ser. Um dos grandes implicadores nesse comprometimento foi o salto tecnológico, e com ele a emergência de novos processos de trabalho, com redução da oferta de empregos, bem como à eliminação e substituição progressiva de direitos e conquistas dos trabalhadores no mundo da produção (ANTUNES, 2011; PIRES, 1998).

O modelo de produção capitalista, como mencionado anteriormente, sofreu intensas mudanças em sua sistematização, elaboração e execução, porém vale ressaltar a manutenção de uma característica marcante deste que é a divisão técnica e social do trabalho (FARIA; ARAUJO, 2010).

Para Pires (2012), encontra-se a divisão do trabalho organizada em quatro grupos: divisão social do trabalho, divisão técnica do trabalho, divisão sexual do trabalho e divisão internacional do trabalho.

### **2.1.1 Divisão social do trabalho**

Remete especificamente à atividade humana, sua produção material independente de sua negociação ou não. Assim sendo, trata da capacidade do ser humano realizar produções diversificadas, questão que o diferencia dos outros animais. Esta divisão do trabalho é característica da estrutura da ocupação da Idade Média<sup>1</sup>, quando as pessoas que possuíam interesse em comum se associavam em guildas<sup>2</sup>. As guildas de artesãos eram as mais importantes, os produtores eram donos dos instrumentos necessários ao seu trabalho, tinham domínio do processo de produção e ritmo, bem como do produto final.

---

<sup>1</sup>Período da história compreendido entre os séculos V e XV com início na Europa, caracterizado

<sup>2</sup>Associação de pessoas com um interesse comum existente na Idade Média. Formavam-se, assim, guildas de caridade, religiosas e de fins sociais. Contudo, as mais importantes eram as constituídas por associações de mercadores e de artesãos (DICIONÁRIO [ONLINE](#) PORTUGUÊS, 2012).

### **2.1.2 Divisão técnica do trabalho**

É típica do modelo de produção capitalista, pois trabalha com fragmentação de uma atividade complexa em várias operações limitadas, ou seja, um produto é resultado de muitos fragmentos de operações. Esse processo suscita a alienação da classe trabalhadora e tem como objetivo único obter maior produtividade.

### **2.1.3 Divisão sexual do trabalho**

Versa a respeito da diferenciação de gênero<sup>3</sup> nos ambientes de trabalho, bem como sobre a desvalorização do trabalho feminino, explicitados principalmente nas desigualdades salariais e desvalorização social.

### **2.1.4 Divisão internacional do trabalho**

Aborda os arranjos comerciais, políticos e estruturais dos países no que concerne ao mercado e ao processo produtivo global, como também a dinâmica dos padrões de acúmulo do capital. A expressão ainda é designada para apontar as transformações do mercado, repartição de capital, de empresas e da relação do capitalismo entre países desenvolvidos, emergentes e pobres, assim como do fluxo da força de trabalho entre esses países.

---

<sup>3</sup>Considera-se gênero uma relação, entre o feminino e o masculino, os quais são percebidos dialeticamente como opostos e complementares. Para as sociedades, masculino e feminino têm valores diferentes. Na maioria das vezes o que é considerado masculino tem mais valor. Assim, as relações de gênero produzem uma distribuição desigual de autoridade, de poder e de prestígio entre as pessoas de acordo com seu sexo. É por isso que se diz que as relações de gênero são relações de poder (FETRAECE, 2013).

## 2.2 FLEXIBILIZAÇÃO E PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO

A crise que vem ocorrendo no mundo capitalista, nos últimos anos, tem incitado alterações na legislação trabalhista, forçando mudanças que, ora promovem, ora extinguem direitos trabalhistas, com o intuito de facilitar a relação entre chefes e empregados e, conseqüentemente, buscando a redução das altas taxas de desemprego. Mais de um bilhão de homens e mulheres vivenciam essa crise de mudanças no capitalismo. É decrescente o número de trabalhos estáveis, o que faz com que trabalhadores vaguem à procura de qualquer labor para garantir seu sustento, configurando, assim, uma crescente tendência à precarização do trabalho (BARALDI; CAR, 2008; ANTUNES, 2012).

A Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT)<sup>4</sup> define como trabalho flexível aquele que possui contratos diversificados, com prestação de serviço por tempo determinado. É um processo construído na contradição da política de estado mínimo<sup>5</sup>, uma vez que, essa flexibilização pode trazer consigo a precarização do trabalho. Tal fato pode ser elucidado, por exemplo, com a diferenciação de salários para a execução de funções semelhantes por trabalhadores contratados da empresa e trabalhadores terceirizados que, ademais, não gozam dos direitos dos trabalhadores da empresa (PIRES, 2013; GUIMARÃES, 2009; BARALDI; CAR, 2008).

Com a expansão da terceirização dos serviços, alterações no mercado de trabalho foram sentidas rapidamente. A modernização tecnológica influenciou na saúde dos trabalhadores, com destaque para os anos de 1980, pois a fragmentação do trabalho, perdas salariais e modificações na jornada de trabalho, motivaram entre outras coisas a dupla jornada de trabalho. Tal acontecimento teve expressiva repercussão na área da Saúde, particularmente na Enfermagem.

---

<sup>4</sup>Criada em 1943, pelo Governo do Presidente Getúlio Vargas, por meio do Decreto-Lei nº 5452, de 1º de maio (SÓ HISTÓRIA, 2013b).

<sup>5</sup>O Neoliberalismo se consolida na década de 1970 como solução para a crise econômica de 1973, provocada pelo aumento exagerado do preço do petróleo. Pressupõe um desvio das atribuições do Estado perante a economia e a sociedade. Preconiza a não intervenção com a finalidade de oferecer liberdade individual, de concorrer aos agentes econômicos, assumida como pressuposto de prosperidade econômica. A única regulação econômica é feita pelas forças do mercado. Ao Estado Mínimo, cabe apenas a garantia da ordem, legalidade, abrindo mão de toda e qualquer forma de atuação econômica direta (HISTEDBR, 2013).

Considera-se que a flexibilização proporcionou ao empregador, tanto público como privado, a redução de custos salariais e a fuga das obrigações trabalhistas (GUIMARÃES, 2009; BARALDI; CAR, 2008; PIRES, 2013).

Os serviços públicos também foram afetados com esta situação, diariamente chegam notícias de substituições de estatutários por trabalhadores terceirizados, temporários, o que dá visibilidade à assolação de estruturas estáveis de trabalho por formas diversas de trabalhos precários e flexíveis (ANTUNES, 2012).

O resultado de tal movimentação se evidencia de várias maneiras, com destaque para quando as formas de comercialização do trabalho se intensificam e, com isso, se ampliam terceirizações. Isso afeta, inclusive, o modo como se produz o Capital: uma grande empresa pode ser substituída por pequenas unidades que contem cada vez menos trabalhadores que produzem mais e o trabalho vai se tornando uma informalidade (ANTUNES, 2012).

## 2.3 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho em saúde é resultante de um processo sócio-histórico, com inúmeros determinantes: cultura, organização das profissões, modo de entender o processo saúde-doença, conhecimentos científicos acumulados, demanda de classes sociais, entre outros. A especificidade da área da Saúde agrega características únicas: do trabalho no coletivo, no qual não existe possibilidade de êxito quando feito individualmente. Logo, um profissional depende do outro, precisando sempre da cooperação entre as disciplinas e tecnologias particulares para se completar (MERHY; FRANCO, 2005; PIRES, 1998).

O trabalho em saúde possui um leque de características e especificidades, é dinâmico e de grande importância na reprodução das sociedades. Uma característica é sua constante reestruturação, pois os trabalhadores podem conceber o objeto e a finalidade do cuidado de diversos modos. Essas mudanças são visíveis nas atitudes dos profissionais e podem acontecer em diversos graus de formas iguais ou desiguais (FARIA; ARAUJO,

2010; MERHY; FRANCO, 2005).

Entender o saber da saúde aproxima o trabalhador do seu instrumento de trabalho, neste caso, o ser humano. A produção do trabalho em saúde acontece por meio do trabalho vivo em ato, ou seja, o trabalho humano no exato momento que ele é realizado origina a produção do cuidado. Mas, para que ocorra esse cuidado, é necessário um conjunto de tecnologia<sup>6</sup>, como: o conhecimento técnico, instrumentos e características pessoais, com destaque para a afinidade. O emprego das tecnologias é caracterizado pelo tipo de cuidado que está sendo empregado (MERHY; FRANCO, 2005; PIRES, 1989).

Em saúde, o processo de trabalho é o componente mais complexo, pois não existem por si mesmo, dependendo de trabalhadores, pessoas com sentimentos e anseios que assumem papéis de verdadeiros construtores da prática diária.

## 2.4 PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM

O processo de trabalho da Enfermagem recebe influências de determinantes e condicionantes sócio-políticos, econômicos, culturais, históricos, tornando-se particular em cada contexto e fase da história. A necessidade de cuidar, desde os primeiros grupos sociais, esteve ligada à mulher; com a reorganização das sociedades e, tal necessidade, se transformou em ofício (TREZZA; SANTOS; LEITE, 2008).

O processo de trabalho em Enfermagem vem sofrendo modificações históricas. Atualmente, em consequência do modelo capitalista, esse processo tem como fundamental particularidade a produtividade. Com a globalização dos processos de trabalho, a rotina do trabalhador de Enfermagem se tornou mais desgastante, na qual hierarquia e individualismo são fatores determinantes, o que colabora sobremaneira para o sofrimento do trabalhador (DREHER; MARISCO,

---

<sup>6</sup>Arsenal tecnológico – tecnologia dura: instrumentos; levedura de tecnologia: saber técnico estruturado; tecnologia leve: relações entre o sujeito e materialidade em ato. (MERHY; FRANCO, 2005).



2010).

No continente europeu, em períodos e sociedades dominadas pelo gênero masculino e pela Igreja/Estado, a mulher - figura social criada para servir - teve seus saberes ligados aos cuidados apropriados pelos homens. Em meados do século XVIII, com o advento da revolução industrial e, com a consolidação do capitalismo europeu, as ações de cuidado individual e coletivo foram paulatinamente sendo resgatadas pelos interesses político-econômicos, transformando gradativamente a atividade de cuidar em trabalho importante na manutenção do *status* das sociedades. À exemplo disso destaca-se, no século XIX, a inglesa Florence Nightingale, considerada fundadora da Enfermagem Moderna. Florence teve suas ideias divulgadas a partir de sua atuação como voluntária na Guerra da Crimeia<sup>7</sup>, em 1854. O impacto do seu trabalho no período de guerra foi muito maior que somente organizar a Enfermagem e salvar vidas; ela provocou uma cisão no preconceito da participação da mulher no exército e modificou a visão da sociedade para com a Enfermagem, acabando por determiná-la como uma ocupação possível para a mulher, bem como necessária para a expansão/manutenção do império britânico (COSTA; PADILHA; AMANTE; COSTA; BOCK, 2009).

Ao longo do tempo, a Enfermagem vem construindo sua história, mantendo uma relação com a sociedade, a qual transita em alguns momentos pelo preconceito e estereótipos, que influenciam até hoje a compreensão do seu significado enquanto profissão de saúde.

Na metade do século XX, houve uma exacerbada transição cultural na imagem feminina tradicional; esta reconfiguração fez com que a mulher passasse a conquistar espaço na vida pública. Neste contexto, a Enfermagem se constituiu em um importante vetor feminino de emancipação financeira e social. Passou a existir no imaginário coletivo a representação da enfermeira como mulher emancipada (BARREIRA, 2005).

A institucionalização da Enfermagem coincidiu com o momento

---

<sup>7</sup> A Guerra da Crimeia foi um conflito que se desdobrou de 1853 a 1856, na península da Crimeia (no Mar Negro, ao sul da atual Ucrânia), no sul da Rússia e nos Bálcãs. Envolveu de um lado a Rússia e, de outro, uma coligação integrada pelo Reino Unido, França, Piemonte-Sardenha (na atual Itália) - formando a Aliança Anglo-Franco-Sarda - e o Império Turco-Otomano (atual Turquia). Esta coligação foi formada com o objetivo de conter a expansão russa (SÓ HISTÓRIA, 2012).

histórico da reestruturação produtiva e internacionalização do capitalismo, no qual diversas transformações repercutiram na saúde dos trabalhadores, tanto no aspecto individual como no coletivo (ELIAS; NAVARRO, 2006). A intensificação laboral é traço constitutivo da atual fase do capitalismo e tem levado ao gasto incomensurável das energias físicas e espirituais dos trabalhadores. A insegurança suscitada pelo medo do desemprego faz com que as pessoas se contentem com contratos de trabalho precários, recebendo baixos salários e arriscando sua vida, tornando, cada vez mais, vulneráveis e excluídas.

Também nessa conjuntura, o crescimento, em escala global, da exploração da força de trabalho feminina, levou a um maior enredamento das relações entre gênero e classe. Nas décadas de 1970 e 1980, com a expansão do capitalismo na área de serviços e, principalmente, a partir de 1975, o mercado de trabalho em saúde se ampliou significativamente, tornando-se um ramo de expressiva absorção de mão de obra. Entretanto, o aumento de vagas no setor não se fez acompanhar da melhoria nas condições de trabalho (ELIAS; NAVARRO, 2006).

A divisão do trabalho nas instituições de saúde reporta a evolução e a segregação do trabalho no modo de produção capitalista, sendo resguardadas, no entanto, as características de caridade e religiosidade. Este processo de trabalho frequentemente reproduz a lógica taylorista, camuflado pela preleção do trabalho em equipe, sendo parcelado e gerando trabalhadores, em certos momentos, compromissados e em outros desesperançados (ELIAS; NAVARRO, 2006).

## 2.5 SAÚDE DO TRABALHADOR

A Saúde do Trabalhador abrange um conjunto de conhecimentos de diversas áreas ligado ao saber do trabalhador e como este percebe o ambiente em que atua, bem como as circunstâncias nas quais se verificam mecanismos protetores e de desgaste. Este conceito estabelece uma inovação na compreensão do processo saúde-doença, assim como uma nova prática de intervenção e atenção à Saúde do Trabalhador. Estudar o modo de reprodução e

desgaste do trabalho tem como base filosófica o materialismo histórico, pois os ambientes nos quais o trabalho ocorre, sua organização e gestão são determinados social e historicamente (NARDI, 2012).

A Saúde do Trabalhador, no Brasil, emergiu da Saúde Coletiva com a intenção de buscar reconhecer para intervir nas relações de trabalho e processos saúde-doença (LACAZ, 2007). Com base no conjunto de saberes e práticas mencionadas anteriormente, a Saúde do Trabalhador se consolidou como campo de conhecimento e intervenção em meio ao Movimento de Reforma Sanitária nos anos de 1980 seguindo uma tendência mundial, tendo seu ápice na VIII Conferência Nacional de Saúde e na I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, ambas em 1986 (NARDI, 2012). Esse campo nasceu contrapondo os modelos até então existentes de prática de intervenção no processo saúde-doença da Medicina do Trabalho, Engenharia de Segurança e Saúde Ocupacional, solidificando-se com a Constituição de 1988 e com a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080) de 1990:

[...] conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho [...] (BRASIL, 1990, LEI 8.080 Art.6º, § 3º)

A proposta da Saúde do Trabalhador é de colocar este como agente ativo do processo de saúde-doença e não apenas como objeto de atenção à saúde. Porém, a implantação desta proposta, em consonância aos princípios propostos pela Lei nº 8080, vem sofrendo resistência dos setores preeminentes da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. Ao contrapor-se à ciência e à prática da Saúde Ocupacional, a Saúde do Trabalhador identifica-se com as intervenções originárias da Medicina Social latino-americana, a qual traz questões referentes à determinação social do processo saúde-doença, explicitando como os grupos inseridos nesta perspectiva lidam com o sofrimento, o adoecer e o morrer (NARDI, 2012; LACAZ, 2007).

A Saúde do Trabalhador propõe um discurso contra-hegemônico, ou seja, a construção de saberes e práticas compartilhadas com a classe operária objetiva aumentar a consciência sanitária, tornando-se, assim, uma preleção que

rompa com a rede de poder do Estado (LACAZ, 2007). Segundo Foucault (2001), a Saúde Ocupacional tem nas relações de poder diferentes maneiras de contribuir para a alienação do trabalhador, conferindo maior controle do capital sobre o trabalho.

Na configuração da Saúde do Trabalhador tem-se a proposta de que o trabalhador atue politicamente, propondo soluções para os problemas econômicos e sociopolíticos. Porém, observa-se o aparecimento de contradições e conflitos de interesses, os quais estão mais profundamente ligados a uma análise histórica e social, pois as relações de trabalho-saúde se entrecruzam com os escopos do capital e suas possibilidades de transformação social (LACAZ, 2007).

Ocorreram transformações irrefutáveis nos processos produtivos e nas relações sociais de produção desde as primeiras propostas de política para a saúde dos trabalhadores, até a conscientização da necessidade de implementar uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Porém, em meio a esse processo de mudanças, ocorreram diversos entraves que impediram o estabelecimento desta (GOMEZ; LACAZ, 2005). Somente em 23 de Agosto de 2012, o Ministério da Saúde estabelece a Portaria nº 1.823, a qual instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Com a proposta, há a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores, executando medidas de proteção, promoção, vigilância, tratamento, recuperação e reabilitação da saúde (MS, 2012). Conforme o artigo 2º:

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à Saúde do Trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos". (D.O.U. - Ano CXLIX Nº 165, Seção I, págs. 46-51).

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSST) propõe o fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador por meio da integração desta com a Atenção Primária, com o intuito de melhorar os ambientes de trabalho e, conseqüentemente, possibilitar a

promoção da saúde e de processos de trabalho saudáveis, como também o exame da situação de saúde dos trabalhadores. Para alcançar os objetivos propostos na PNSST, o Governo conta com a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), a qual é composta dos Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), que atuam na promoção, prevenção e reabilitação de trabalhadores, independentemente de seu vínculo empregatício (MS, 2012).

Mesmo com os esforços realizados pelo Estado para a promoção da Saúde do Trabalhador, ainda são observadas carências na organização e hierarquização dessas ações. Acredita-se que a causa ocorra devido à deficiência na priorização da organização da assistência em todos os níveis, pois a rede de Atenção Básica não está devidamente preparada para o atendimento ao trabalhador. Porém, esse despreparo também alcança o nível especializado, mostrando dificuldades no diagnóstico, recuperação e reabilitação dos trabalhadores (PARANÁ, 2011).

É compreensível, ao apropriar-se do estado da arte da temática, que medidas para atender e promover a Saúde do Trabalhador estão sendo tomadas e houve avanços neste campo, porém ainda insuficientes para atender a demanda existente no mundo do trabalho.

## 2.6 DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

DANTs são doenças e agravos heterogêneos cujo controle é de grande importância para a saúde pública das sociedades, pois respondem por 72% da mortalidade. Sua característica principal é a ausência de infecção e contágio clássico. Dentro desse amplo grupo encontramos as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, cânceres, diabetes, doenças mentais e causas externas (acidentes - traumatismos em geral, acidentes de trabalho e trânsito e violências) (SÃO PAULO, 2013).

Quando se faz necessário controlar um agravo, são traçadas diferentes metas embasadas nas informações disponíveis, nos recursos tecnológicos e nas

condições socioeconômicas. Esse conjunto sofre reflexo e é refletido pelas Políticas Públicas existentes. Diminuir a morbimortalidade de qualquer agravo/doença pressupõe a adoção de Políticas Públicas e ações de controle específico, os quais irão gerar medidas preventivas a serem utilizadas. No que se refere às DANTs, é imperativo que se determinem quais serão essas atividades de controle para que existam medidas preventivas adequadas, permitindo análise, intervenção e controle de riscos e danos à população (SOUZA, 2009).

Em resposta a essa demanda, inúmeras legislações se desenvolveram. Com destaque para: Portarias nº 1172 de 15 de junho de 2004, nº 2608 de 28 de dezembro de 2005, nº 1010 de 8 de maio de 2006, nº 79 de 23 de setembro de 2008, criadas com o objetivo de promover, prevenir, proteger e assistir a população afetada (SOUZA, 2009).

No Brasil, as DANTs são, atualmente, um problema de grande proporção, pois respondem pelo maior percentual das mortes registradas, destacando os acidentes vasculares cerebrais, cardiovasculares, cânceres, diabetes e doenças respiratórias crônicas. Além do elevado número de mortes prematuras, há uma limitação nas atividades de trabalho e redução da qualidade de vida. Um pequeno conjunto de fatores de risco individual responde pelas enfermidades, são eles: o excesso de álcool, o tabagismo, a dieta inadequada e o sedentarismo (MS, 2011; SOUZA, 2009).

As doenças e agravos não transmissíveis atingem indivíduos de todas as camadas sociais e econômicas, porém se intensificam nos grupos vulneráveis de baixa renda, baixa escolaridade, com alimentação inadequada, diferença de acesso a bens e serviços. Exemplos de desigualdades sociais que aparecem como determinantes sociais para a ocorrência das DANTs (MS, 2011).

O tratamento para esses agravos são de curso longo e oneroso, seja para o usuário, família e sociedade, como para o Sistema de Saúde. Consequentemente as DANTs levam o indivíduo e seus familiares a comprometerem os recursos financeiros para alimentação, moradia, educação, ocasionando um maior empobrecimento.

No Brasil, mesmo com o Sistema Único de Saúde (SUS), a despesa particular das DANTs é alta em função dos custos adicionados, significando para o SUS um impacto crescente. O impacto social e econômico das DANTs está

comprometendo a evolução das Metas de Desenvolvimento do Milênio e, no caso do Brasil, levaram a um prejuízo econômico de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (MS, 2011).

Trazendo o tema à realidade da presente pesquisa, uma tese, desenvolvida no ano de 2012, apontou para as DANTs *câncer/suicídio* como dois grandes problemas de mortalidade entre enfermeiros. A equipe de Enfermagem, principalmente no ambiente hospitalar está exposta diariamente a cargas químicas, devido a manipulação de agentes e a exposição a agentes físicos e psíquicos, estes causados pela reestruturação que o mundo do trabalho vem apresentando, o que trouxe o medo das demissões em massa, o aumento das pressões nas empresas, a busca constante por padrões de qualidade. Questões que acabaram por fomentar a emergência das doenças de cunho psíquico, as quais podem levar os profissionais à morte por suicídio (KARINO, 2012).

Em outro estudo, os resultados apontam para Enfermagem como quarta profissão mais estressante no setor público, com fatores de risco para doenças cardiovasculares, como o estresse, a hipertensão arterial e a obesidade. A Enfermagem cumpre um dos mais importantes papéis na sociedade, diariamente administra a tensão emocional do cuidado direto à pessoas doentes, convivendo com duplas jornadas de trabalho, salários irrisórios e atividades insalubres (TEIXEIRA; MANTOVANI, 2009).

Se, por um lado, os trabalhadores de Enfermagem lutam pelo não sofrimento em seu ambiente de trabalho, por outro não possuem meios para evitá-lo. Pois, tendem a enfrentar sem hesitação as situações adversas desse lugar. Infelizmente, observa-se no cotidiano da Enfermagem, o descaso existente com a saúde dos trabalhadores que, em muitas situações, minimizam ou até mesmo negam o nexo causal entre o trabalho que realizam e a sua própria morbimortalidade. O trabalhador de Enfermagem, assim como os demais indivíduos, sofre, adoece, faz parte de uma sociedade e, suas condições de vida e trabalho constituem o período da história no qual seu processo saúde-doença está inserido (KARINO, 2012).

### 3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa que, de acordo com os fins, é descritiva e, quanto aos meios, é um estudo de caso, uma vez que formou-se por meio de similaridade entre pessoas, produtos e instituição. Foram utilizadas poucas unidades de análise logo, sua riqueza não está na extensão, mas em sua profundidade, pois buscou-se narrar às similaridades existentes, traçando perfis exclusivos com certo nível de detalhes (TOBAR; YALOUR, 2001).

Este estudo, cujo intuito buscou conhecer a realidade objetiva das doenças e agravos não transmissíveis que acometem trabalhadores de Enfermagem que atuam no HC/UFPR, realizou-se por meio de entrevista aberta a dez informantes-chave, entre eles: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem e administradores que atuavam na UCP no período de janeiro a fevereiro de 2013. Empregou o referencial metodológico conhecido por Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), desenvolvido por Egry (1996) e fundamentada no Materialismo Histórico Dialético. A TIPESC propõe cinco etapas descritas na figura 1, das quais realizamos as duas primeiras, respectivamente: o conhecimento e a interpretação da realidade objetiva.



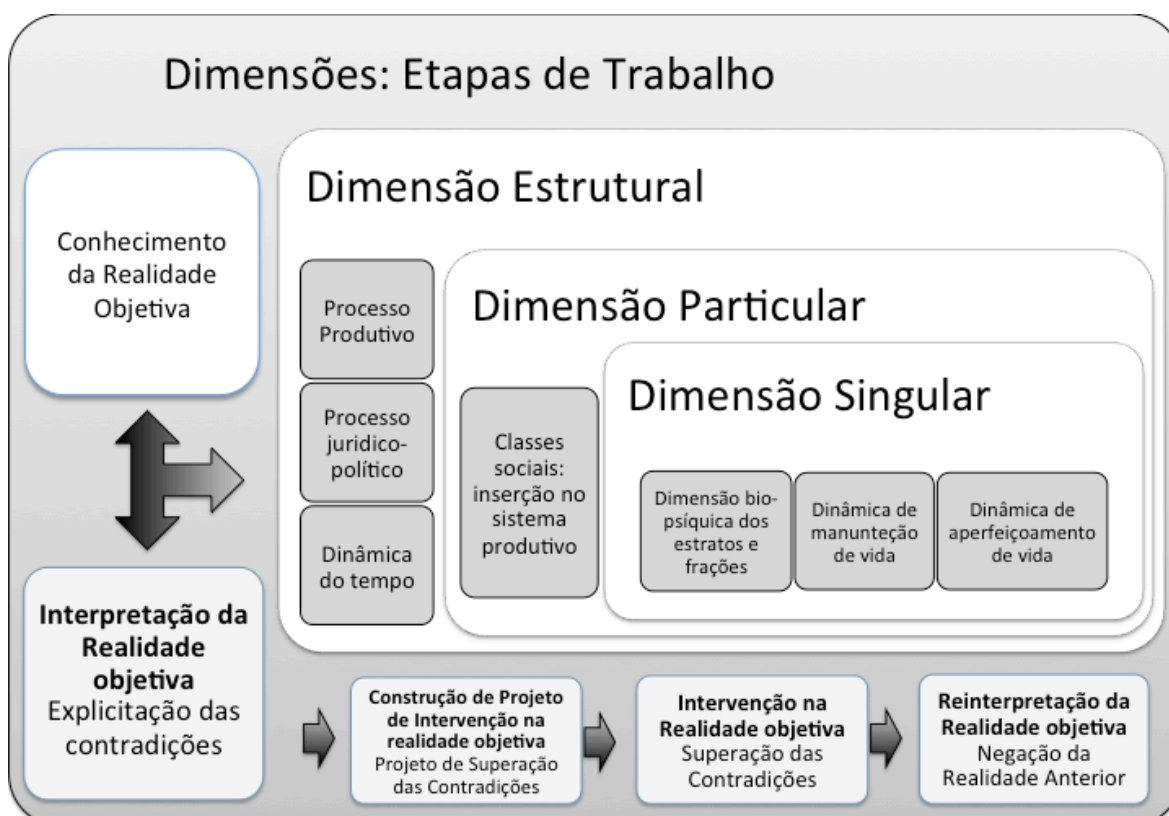


FIGURA 1 - ESQUEMA DA PROPOSIÇÃO METODOLÓGICA DO TIPESC, ADAPTADO DE QUEIROZ E EGRY, 1988  
FONTE: A AUTORA (2013)

O referencial metodológico adotado procura reconhecer a realidade por meio das dimensões estrutural, particular e singular. A **dimensão estrutural** abrange os processos de crescimento da capacidade produtiva e das relações de produção, concepções econômicas e político-ideológicas em certo contexto; a **dimensão particular** compreende demandas de reprodução social (no processo de trabalho, a produção e a reprodução não podem ser adotadas separadamente, pois, olhando de modo interligado, todo processo de produção social é, concomitantemente, um processo de reprodução), conforme a classe social na qual o trabalhador se insere e ocasiona os processos de saúde-doença devido ao período produtivo/reprodutivo que originam padrões de desgaste e, por último, a **dimensão singular** formada pelas ações que levam ao indivíduo adoecer e morrer, ou que podem consolidar o aprimoramento da saúde, de acordo com a participação do indivíduo na organização social (QUEIROZ; EGRY, 1988). A figura 2 apresenta a seguir a inter-relação entre as categorias dimensionais:

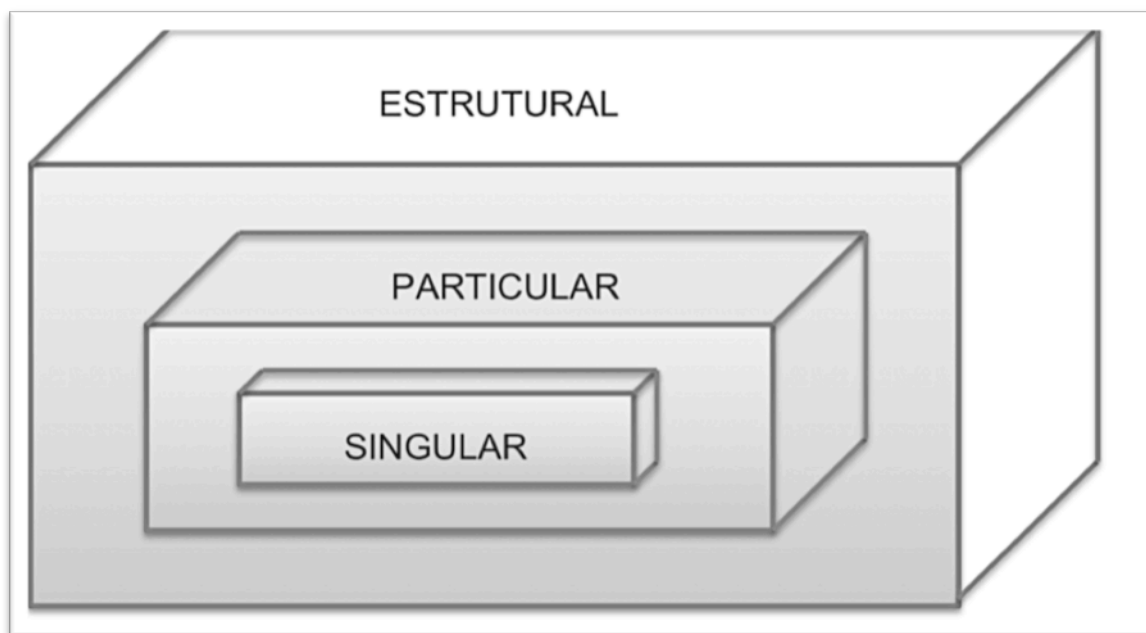


FIGURA 2 – CATEGORIA DIMENSIONAL: INTER-RELAÇÃO ENTRE O ESTRUTURAL, O PARTICULAR E O SINGULAR.  
FONTE: EGRY (2011)

Ao estudar as contradições de determinado fenômeno, a dimensão singular é, conforme o foco, a que mais se justapõe ao fato, enquanto a dimensão estrutural sempre ficará mais afastada dele, sendo a dimensão particular o elo que liga as dimensões mencionadas (EGRY, 1996).

As duas primeiras etapas, recomendadas pela autora, subsidiaram a caracterização das categorias dimensionais do cenário estudado. Assim, foram consideradas como categorias de análise as dimensões estrutural, particular e singular, propostas por Egrý (1996).

O recrutamento dos sujeitos da pesquisa (informantes-chave) ocorreu por contato pessoal conforme condições constantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1), e a coleta deu-se por meio de entrevista aberta (2), no período de janeiro a fevereiro de 2013. Tal técnica possibilitou construir informações pertinentes ao objeto de pesquisa, permitindo trocar informações, bem como a interação entre pesquisadora e sujeitos envolvidos, proporcionando um aprofundamento das dimensões estrutural, particular e singular da realidade vivenciada, oferecendo, assim, uma análise das contradições evidenciadas na sua caracterização. De acordo com Minayo (2010, p. 262), “[...] na entrevista aberta o informante é convidado a falar livremente

sobre um tema e as perguntas do pesquisador, quando feitas, buscam dar mais profundidade às reflexões”.

Foram entrevistados dez (10) informantes-chave<sup>8</sup>, escolhidos pelo conhecimento que possuem do cenário estudado. Foi solicitado que descrevessem um mês típico de trabalho. Após o término da gravação, as entrevistas foram transcritas e classificadas em três categorias analíticas e dimensionais, conforme proposto por Egry (1996). Após cada entrevista, os dados em áudio foram transferidos para o *Google Drive* - serviço que armazena e faz *backup* de arquivos, sendo efetuada, a seguir, a transcrição literal em arquivo *Word* pela própria pesquisadora. Para isso, fez-se uso de fone de ouvido para maior proximidade com a fala dos informantes, como também para conservar o sigilo. Procedeu-se a audição exhaustiva de cada gravação, a curtos períodos, para captação fiel das expressões e pausas comuns aos escritos. Ao final de cada transcrição, a pesquisadora efetuou a leitura do arquivo concomitante à audição do respectivo discurso para possíveis correções.

As falas foram classificadas e agrupadas de acordo com as categorias dimensionais e analíticas e, posteriormente, a organização deu lugar ao agrupamento de fragmentos de discursos por categorias e subcategorias empíricas. Momento no qual os sujeitos foram codificados como **IC01** a **IC10**, para que não houvesse identificação dos mesmos e das falas proferidas, o que possibilitou o tratamento dos dados expostos a seguir.

### 3.1 ASPECTOS ÉTICOS

A disponibilidade e aquiescência foram condições para que os trabalhadores de saúde do cenário estudado participassem do estudo, além dos demais critérios para inclusão, que foram: serem maiores de idade,

---

<sup>8</sup>Informantes-chave são pessoas estrategicamente escolhidas para revelar segredos do grupo pesquisado, e que pela sua posição, ação ou responsabilidades, possuem um bom conhecimento do problema estudado. Essas testemunhas podem pertencer ao público sobre o qual incorre o estudo ou serem exteriores a esse, porém, com relações estreitas com os sujeitos da pesquisa (QUIVY; CAMPENHOUDT, 2005; MINAYO, 2010:118).

independentemente de sexo, formação, etnia, procedência ou grupo social. Os critérios de exclusão foram: não fazer parte do quadro funcional da Unidade Gerencial Cardiovascular e de Pneumologia ou a recusa a participar do estudo.

Foram respeitados todos os aspectos éticos, seguindo a Resolução 196/96, vigente no momento da coleta de dados, do Conselho Nacional de Saúde, a qual normatiza os princípios de pesquisa com seres humanos, garantindo-lhes o sigilo, o anonimato e o direito de desistência por meio da concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE 1). O Termo foi aprovado, assim como o projeto, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas, da Universidade Federal do Paraná, com o parecer favorável para o CAAE no 02193112.2.0000.0096 (ANEXO 1).

As entrevistas foram todas realizadas no âmbito da instituição estudada, uma vez que esta possui estrutura para tal, em dias, horários e locais determinados pelos sujeitos, para que não houvesse interferência na sua rotina de trabalho e fosse garantida privacidade e minimizados eventuais riscos e desconfortos durante a coleta de dados.

### 3.2 CENÁRIO

Em 2012, o Hospital de Clínicas, caracterizado como Hospital Público e de Ensino, completou cinquenta anos de funcionamento. Foi incorporado à UFPR em 1953 ainda em construção, por meio do projeto de Lei Estadual n.º 1212. Originalmente, seria composto apenas pelo prédio central, mas após visitas as obras, foram aprovadas a construção simultânea de dois edifícios menores anexos. Em 05 de agosto de 1961, o Presidente Jânio Quadros declarou oficialmente o funcionamento em visita a Curitiba-PR (HC, 2012).

Nos anos de 1990, foram implantadas importantes tecnologias, como o Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Intitulado pelo Ministério da Saúde como Hospital Padrão, pelas atividades de Controle de Infecção Hospitalar, foi pioneiro na realização de transplante hepático e de transplantes de medula óssea, córnea, coração e de ossos. Entre outras conquistas, inaugurou o Centro

Obstétrico, recebeu o título da *United Nations Children's Fund* (UNICEF) de Hospital Amigo da Criança e credenciou-se como referência para tratamento de doenças congênitas detectadas pelo “Teste do Pezinho” (HC, 2012).

O início do novo milênio foi marcado por mudanças nas áreas administrativas, com destaque para o processo de implantação das Unidades Gerenciais<sup>9</sup>, com o objetivo de participação de todos os funcionários, independentemente do nível hierárquico, nas decisões administrativas por meio de colegiados. A instituição assumiu o compromisso de buscar o “Certificado de Acreditação” com a implantação do programa de qualidade, o qual foi obtido no ano de 2011 por meio da Organização Nacional de Acreditação – ONA. Um ano antes, iniciou o Programa de Residência Multiprofissional que, após doze meses, duplicou a oferta de vagas (HC, 2012).

O HC hoje dispõe de 63 mil metros de área construída, com 261 consultórios distribuídos em 59 especialidades e 643 leitos para internação. Realiza mensalmente 61 mil atendimentos, 1464 internações e 837 cirurgias. No estado do Paraná é o maior prestador de serviços do SUS, para isso dispõe de aproximadamente 3100 funcionários (HC, 2012).

### 3.2.1 Unidade Gerencial Cardiovascular e de Pneumologia (UCP)

A Unidade Gerencial Cardiovascular e de Pneumologia está situada no 2º andar do prédio Central. Compõe o Hospital de Clínicas (HC), órgão suplementar à Universidade Federal do Paraná (UFPR), localizado na cidade de Curitiba-PR. É uma das 23 Unidades Gerenciais implantadas, das quais 6 são administrativas<sup>10</sup> e 17 assistenciais<sup>11</sup>, estas últimas subordinadas à Direção de

---

<sup>9</sup>As Unidades Gerenciais são unidades administrativas e/ou assistenciais encarregadas de operacionalizar e integrar a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão. Esta nova estrutura modifica a organização do Hospital em todos os seus aspectos, com ênfase para a corresponsabilidade, pois não há como haver divisões já que o resultado (sucesso ou fracasso) pertence a toda a equipe, visa melhorar o desempenho e o relacionamento entre os atores organizacionais e a flexibilização administrativa na medida em que o processo de tomada de decisão aproxima-se do nível executor (OLIVEIRA; NUNES; TESSER, 2012).

<sup>10</sup>UAB- unidade de abastecimento/ UAP- unidade de administração de pessoas/ UHH – unidade

Assistência. O Hospital é composto, ainda, pela Direção Geral, Direção Administrativa, Direção de Corpo Clínico, Direção de Ensino e Pesquisa, Direção Financeira e Direção de Enfermagem, que foi reativada após a implantação das Unidades Gerenciais, sendo responsável por toda a equipe e assistência de Enfermagem realizada no hospital.

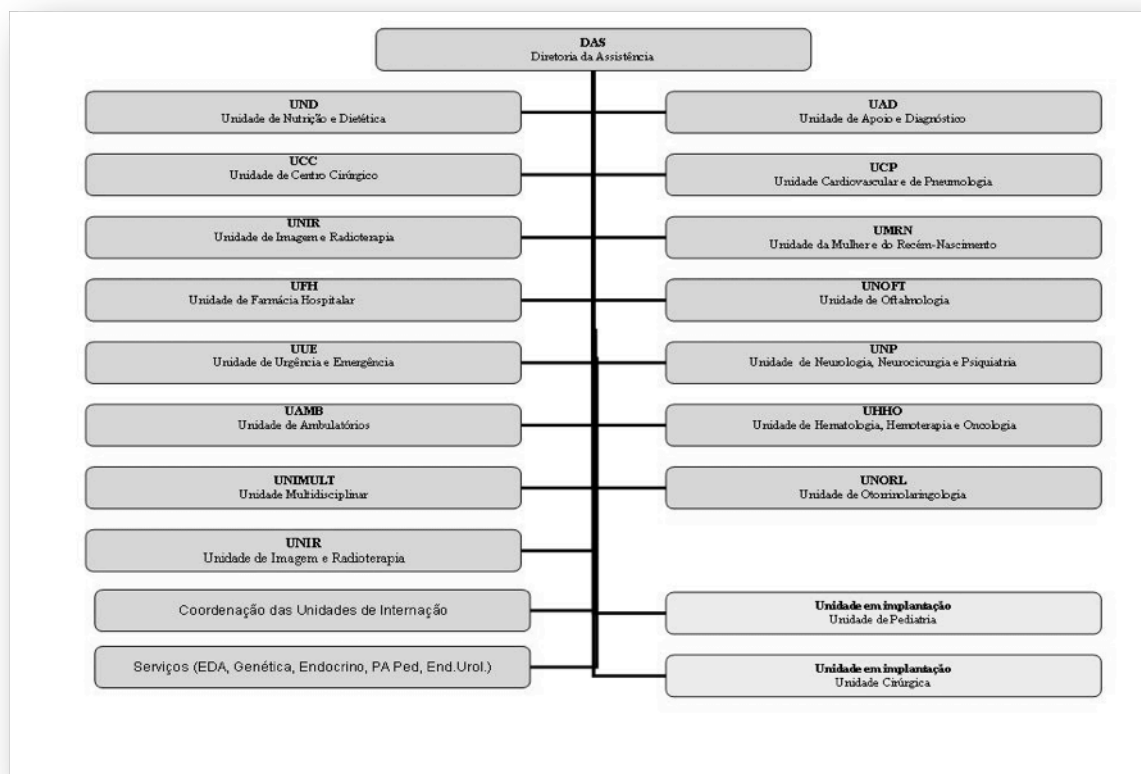


FIGURA 3 – ORGANOGrama DIREÇÃO ASSISTÊNCIA  
FONTE: HOSPITAL DE CLÍNICAS, 2013

As Unidades Gerenciais, segundo Oliveira; Nunes; Tesser (2012), são unidades administrativas e/ou assistenciais encarregadas de operacionalizar e integrar a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão. Esta nova estrutura modifica a organização do Hospital em todos os seus aspectos, com ênfase para

de hotelaria hospitalar/ UIE – unidade de infraestrutura/ UI – unidade de informação/ UCF - unidade de contabilidade e finanças

<sup>11</sup>UAMB – unidade de ambulatórios/ UAD – unidade apoio e diagnóstico/ UCP – unidade cardiovascular e pneumologia/ UCC – unidade de centro cirúrgico/ UFH – unidade de farmácia hospitalar/ UHHO – unidade de hematologia, hemoterapia e oncologia/ UNIR – unidade de imagem e radioterapia/ UMRN - unidade da mulher e do recém nascido/ UNIMULT – unidade de atendimento multiprofissional/ UNP – unidade de neurologia, neurocirurgia e psiquiatria/ UND – unidade de nutrição e dietética/ UNOFT – unidade de oftalmologia/ UNORL – unidade de otorrinolaringologia/ UUEA – unidade de urgência e emergência adulto/ UCIR – unidade cirúrgica/ UNICLIN – unidade de clínica médica/ UNIPED – unidade de pediatria

a corresponsabilidade, pois não há como existir divisões já que o resultado (sucesso ou fracasso) pertence a toda a equipe; essa composição visa melhorar o desempenho e o relacionamento entre os atores organizacionais e a flexibilização administrativa na medida em que o processo de tomada de decisão aproxima-se do nível executor.

A UCP presta assistência específica a usuários do SUS nas áreas de Cardiologia Clínica, Pneumologia, Cirurgia Cardiovascular, Torácica e Vascular Periférica, Ambulatórios e Unidades de Internação. Emprega métodos diagnósticos avançados por meio de exames e seus serviços integram referência nacional, como Centro de Pesquisa em Células Tronco no campo de Cardiologia e Função Pulmonar. A equipe multiprofissional destaca-se na formação acadêmica: em cardiologia, cirurgia cardíaca e vascular, pneumologia, com titulações de especialização, residência, mestrado e doutorado, além de oferecer amplo campo para pesquisa científica (HC, 2012).

Atualmente, na UCP, trabalham 52 auxiliares de Enfermagem, 23 técnicos em Enfermagem, 13 enfermeiros, 46 médicos e 12 profissionais administrativos. A UCP tem três características: internação, ambulatórios e exames. São serviços distintos dentro de uma mesma unidade. A unidade Gerencial é composta de sete setores:

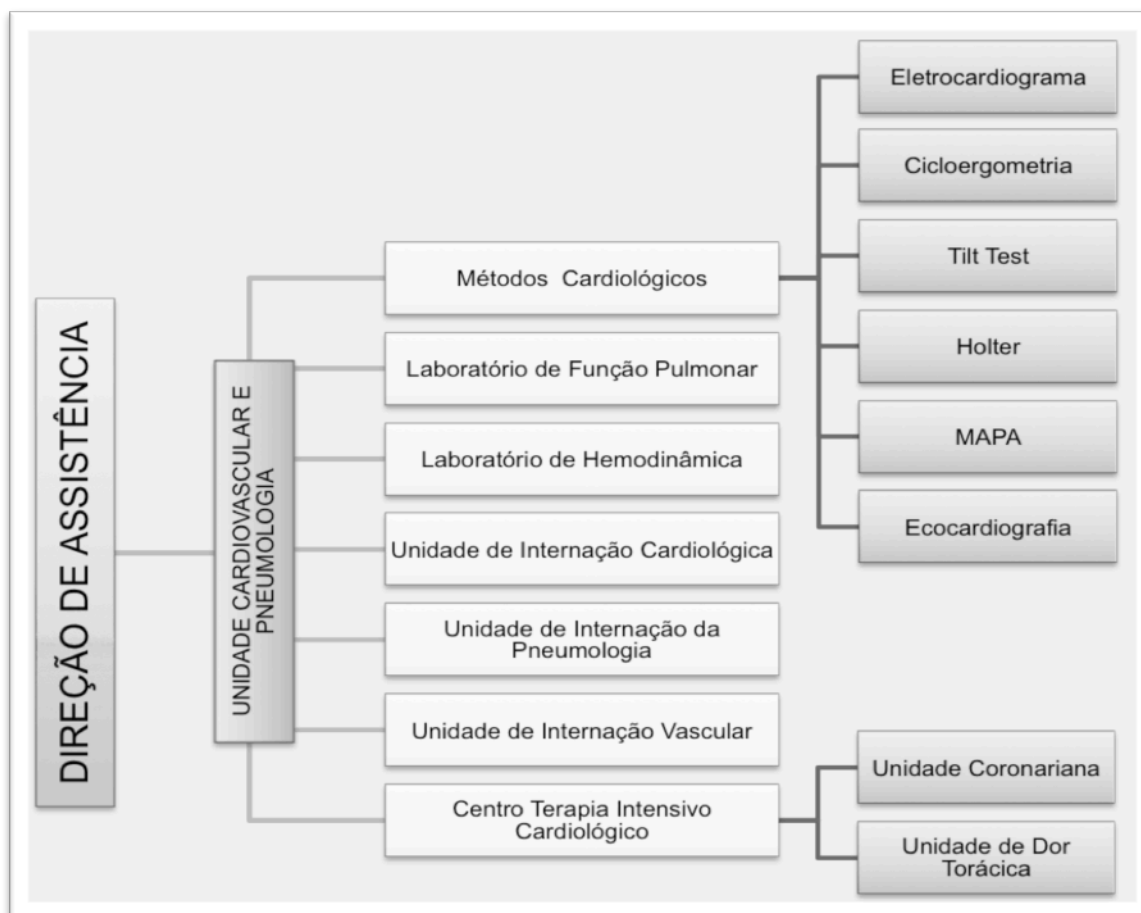


FIGURA 4 – ORGANOGrama DA UNIDADE GERENCIAL CARDIOPULMONAR  
 FONTE: A AUTORA (2013)

### 3.2.1.1 Os Métodos cardiológicos

Foram realizados em média 2200 exames/mês e, no ano de 2012, só esta unidade da UCP realizou 24 mil exames. É composta de subsetores de exames diagnósticos em cardiologia:

- Eletrocardiograma (ECG): exame que analisa a atividade elétrica do coração, possíveis arritmias, bem como alterações do músculo cardíaco;
- Cicloergometria: exame realizado em esteira ergométrica para diagnosticar e avaliar doença arterial coronária, aptidão cardiorrespiratória, detecção de arritmias, anormalidades da pressão arterial e isquemia miocárdica, surgimento de sopros, sinais de falência ventricular esquerda e dos eventuais sintomas que podem acompanhar essas disfunções;



- Tilt Test ou teste de inclinação: é uma forma segura de avaliar o comportamento da pressão arterial e da frequência cardíaca. Frequentemente utilizado para o diagnóstico da Síncope Neuromediada, uma das principais causas de desmaios em jovens e em pessoas com o coração normal que, devido a uma resposta retardada no retorno do sangue das pernas para o coração, causa queda na pressão arterial seguidas de lipotimias e/ou desmaios.
- Holter: aparelho acoplado a eletrodos que permanecem, durante 24 horas, conectados ao tórax do paciente para identificar muitas arritmias não detectadas no ECG comum e até doença arterial coronariana assintomática;
- MAPA (Mapeamento Ambulatorial da Pressão Arterial): aparelho acoplado a um manguito, o qual verifica em intervalos de 15 minutos, durante 24 horas, a pressão arterial, observando mudanças desta e correlacionando-as com atividades realizadas pelo paciente.
- Ecocardiografia: é o método que utiliza do *doppler* para observar a estrutura e funcionamento do coração e do sistema vascular em casos de sopro cardíaco, sintomas de palpitação, síncope, falta de ar, dor torácica, doenças do músculo cardíaco, insuficiência cardíaca, doenças das valvas, anomalias congênitas, estenose de artérias e veias importantes do sistema vascular. Neste setor são realizados: ecocardiograma transtorácico, ecocardiograma transesofágico; ecocardiograma sob estresse farmacológico, ecocardiograma microbolhas, ecocardiograma fetal, *ecodoppler* de carótidas e vertebrais, *ecodoppler* de membros inferiores e superiores.

### 3.2.1.2 Laboratório de função pulmonar

Realiza exames de espirometria (capacidade vital lenta; capacidade vital forçada, ventilação voluntária máxima, volumes pulmonares, capacidade de difusão pulmonar, broncoprovocação) e medida de pico de fluxo. Todos com o objetivo de identificar possíveis distúrbios respiratórios em pacientes com queixa; são aproximadamente 3500 exames no ano, perto de 290 por mês.

### **3.2.1.3 Laboratório de hemodinâmica**

Possui característica de unidade de internação e exames. No período da manhã atende coronariopatas realizando coronariografia e angioplastia; no período da tarde atende arteriografia cerebral, abdominal e de membros inferiores, Colacolangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE), hepatografia e Estudo de Vardan, um estudo neurológico.

### **3.2.1.4 Unidade Internação Cardiológica**

Recebe pacientes em períodos pré e pós-operatórios de cirurgias e procedimentos cardiológicos, bem como pacientes cardiopatas em tratamento clínico. O Centro de Terapia Intensivo Cardiológico (CTIC) realiza atendimento a pacientes no período de pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca e também a pacientes cardiopatas e coronariopatas que precisam de cuidados cardiológicos intensivos.

### **3.2.1.5 Unidade de Internação da Pneumologia**

Proporciona atendimento a pacientes com enfermidades respiratórias graves, que necessitem de internamento, como também a Cirurgia Vascular atende pacientes com problemas circulatórios que necessitam de intervenções cirúrgicas ou não.

### **3.2.1.6 Unidade de Internação Vascular**

Presta assistência no tratamento cirúrgico das doenças que envolvem as artérias e veias, tais como aneurismas, varizes, anastomoses, promovendo ações para recuperação da saúde dos pacientes.

### **3.2.1.7 Centro de Terapia Intensivo Cardiológico**

Disponibiliza treze (13) leitos de internação, dos quais nove (09) atendem pacientes de alto risco cardiológico (infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, arritmias, angina instável, pós- parada cardiorrespiratória, pós-cirurgia cardíaca). Recebe também pacientes que realizam procedimentos de angioplastias, colocação de *Stents*, implantes valvares percutâneos, intervenções vasculares, cardioversão e pós-ablação de arritmias. Os demais quatro (04) leitos são destinados a Unidade de Dor Torácica (UDT) especializada no diagnóstico e tratamento da doença arterial coronariana em sua forma aguda.

## **3.3 TRATAMENTO DOS DADOS**

Identifica-se semelhanças de temas presentes nos discursos dos sujeitos da pesquisa, a partir dos quais os classificamos de acordo com as categorias dimensionais (aqui consideradas categorias analíticas), conforme proposto por EGRY (1996), com a finalidade de abranger similaridades e proferir uma análise aprofundada do material.

<b>CATEGORIAS DIMENSIONAIS</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b>
<b>Estrutural</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Amparo político para o trabalhador no caso de adoecimento e acidente;</li> <li>2. Política de contratação de pessoal para desenvolver assistência.</li> </ol>
<b>Particular</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mês típico de trabalho;</li> <li>2. Conflitos;</li> <li>3. Organização do trabalho da Enfermagem;</li> <li>4. Sobrecarga de trabalho;</li> <li>5. Recursos humanos;</li> <li>6. Faltas, licenças para tratamento de saúde, atestados médicos e absenteísmos;</li> <li>7. Qualidade da assistência de Enfermagem;</li> </ol>
<b>Singular</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acidentes de trabalho</li> <li>2. Doenças e agravos não transmissíveis</li> </ol>

QUADRO 1 – CATEGORIAS DIMENSIONAIS E SUBCATEGORIAS CONSTRUÍDAS A PARTIR DOS DISCURSOS DOS INFORMANTES-CHAVE.

FONTE: A AUTORA (2013)

A primeira categoria dimensional - Estrutural - abrange os processos políticos, jurídicos e legais da atenção à saúde dos trabalhadores, tais como: amparo político para o trabalhador no caso de adoecimento e acidente; política de contratação de pessoal para desenvolver assistência..

A segunda, dimensão Particular, apresentou sete subcategorias: mês típico de trabalho; conflitos; organização do trabalho da Enfermagem; sobrecarga de trabalho; recursos humanos; faltas, licenças para tratamento de saúde, atestados médicos e absenteísmos; e qualidade da assistência de Enfermagem;

Por fim a terceira dimensão - Singular - da qual emergiram duas subcategorias: acidentes de trabalho; doenças e agravos não transmissíveis.

Para o desenvolvimento, da TIPESC, seguindo os aspectos metodológicos propostos por Queiroz e Egry (1988), foi preciso observar que cada etapa remeteu a momentos históricos distintos, bem como o recorte analisado da realidade objetiva nas suas dimensões faz parte de um todo, pois as

dimensões estão fortemente articuladas entre si.

Por fim, a TIPESC procura sistematicamente interpretar os fenômenos dos processos de produção e reprodução social, que se referem à saúde e doença do coletivo em um contexto social historicamente determinado, intervindo e reinterpretando esses processos para inserir instrumentos de intervenção (EGRY, 1996).

Os dados foram classificados e analisados à luz das categorias propostas pelo referencial metodológico balizador e, posteriormente, organizados em tabelas e gráficos, para melhor visualização da realidade encontrada.

#### 4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Para conhecer a realidade objetiva, descreveu-se a dimensão Estrutural; dimensão Particular, a qual foi subdividida em: mês típico de trabalho; conflito; organização do trabalho da Enfermagem; sobrecarga de trabalho; recursos humanos; faltas, licenças para tratamento de saúde e atestados médicos, absenteísmo; qualidade da assistência de Enfermagem; e dimensão Singular, subdividida em: acidentes de trabalho e doenças e agravos não transmissíveis. O inter-relacionamento das categorias dimensionais, permitiu reconhecer as diferentes partes do fenômeno estudado, possibilitando a reflexão da relação dialética entres as mesmas e o todo (GARCIA; EGRY, 2010).

##### 4.1 PERFIL DOS INFORMANTES-CHAVE

Utilizou-se uma amostra intencional de dez (10) informantes-chave. Estes possuíam em média 17,2 anos de formação, sendo o mais recente três (3) anos e o formado há mais tempo trinta (30) anos.

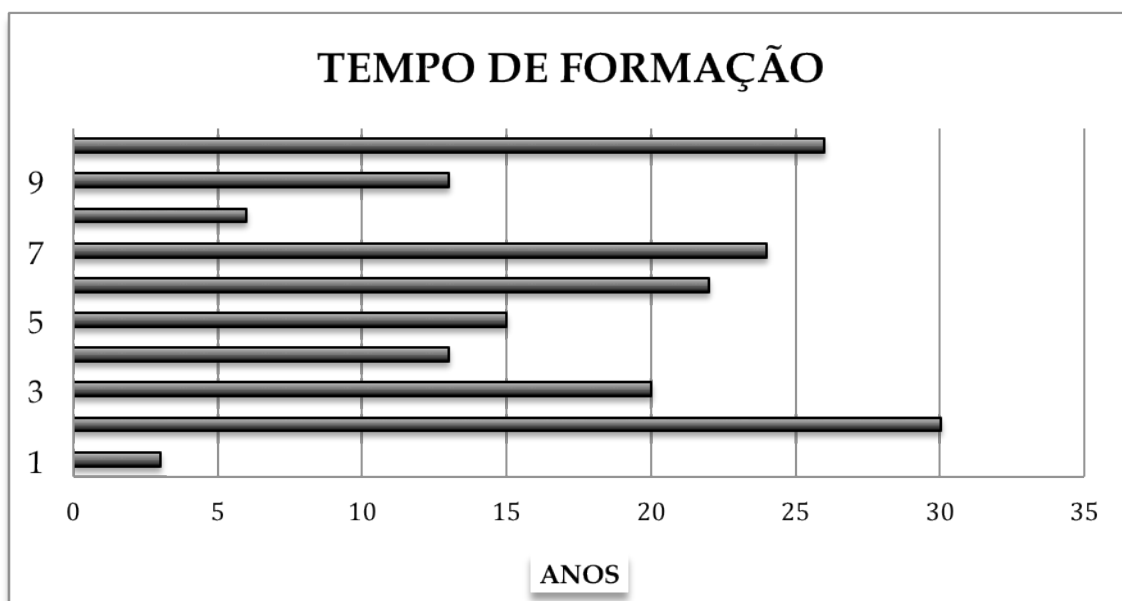


GRÁFICO 1 – TEMPO FORMAÇÃO DOS INFORMANTES-CHAVE  
FONTE: A AUTORA, 2013

Dos informantes-chave entrevistados, 80% eram mulheres. Este dado evidencia a literatura, apontando para uma prevalência feminina tanto no meio acadêmico de Enfermagem, no qual aproximadamente 85% são mulheres, quanto na profissão, na qual as mulheres representam um universo que ultrapassa 92% de profissionais de Enfermagem (OJEDA *et al*, 2008).

Quanto ao nível de escolaridade dos entrevistados, 80% completaram o ensino superior, 10% possuíam ensino superior incompleto e 10% estavam realizando a graduação em outras áreas de formação.

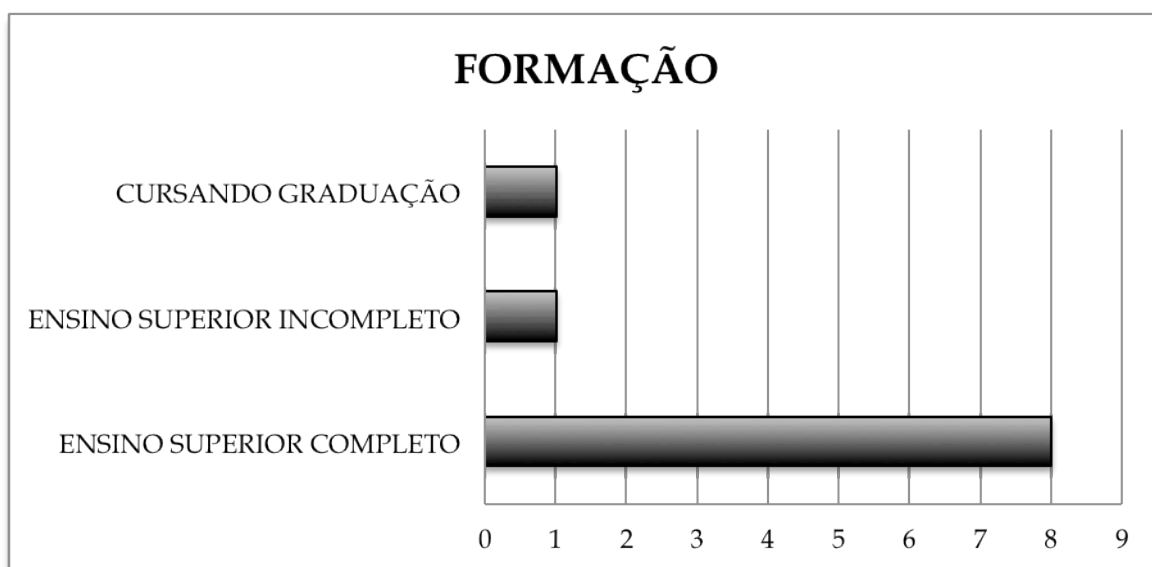


GRÁFICO 2 – FORMAÇÃO DOS INFORMANTES-CHAVE  
FONTE: A AUTORA, 2013

Os profissionais entrevistados trabalharam em média 14 anos na instituição estudada, o ingresso mais recente foi há 01 ano e meio e o que estava há mais tempo compunha o quadro institucional há 26 anos.

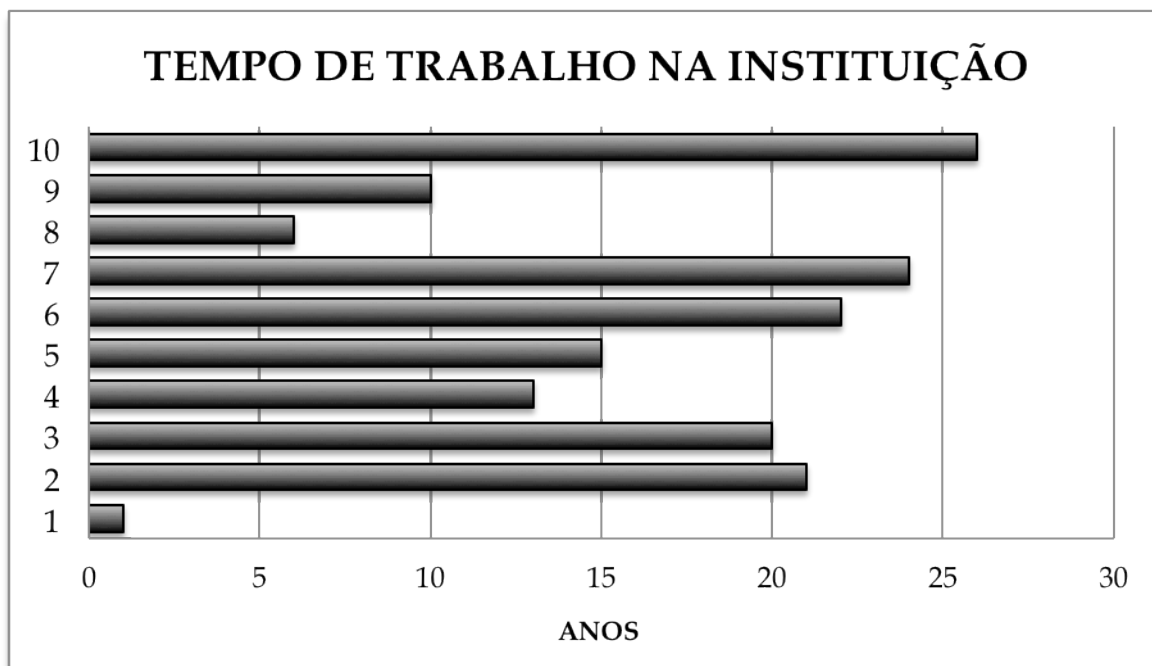


GRÁFICO 3 – TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO DOS INFORMANTES-CHAVE  
 FONTE: A AUTORA, 2013

Entre os informantes-chave, 40% possuíam função de chefia e realizavam atividades gerenciais. Na equipe de Enfermagem, 33,3% eram enfermeiros assistenciais, 40% profissionais de nível médio: técnico e auxiliares de Enfermagem. Considerando todos os profissionais entrevistados 26,7% trabalhavam diretamente na administração da Unidade Gerencial.

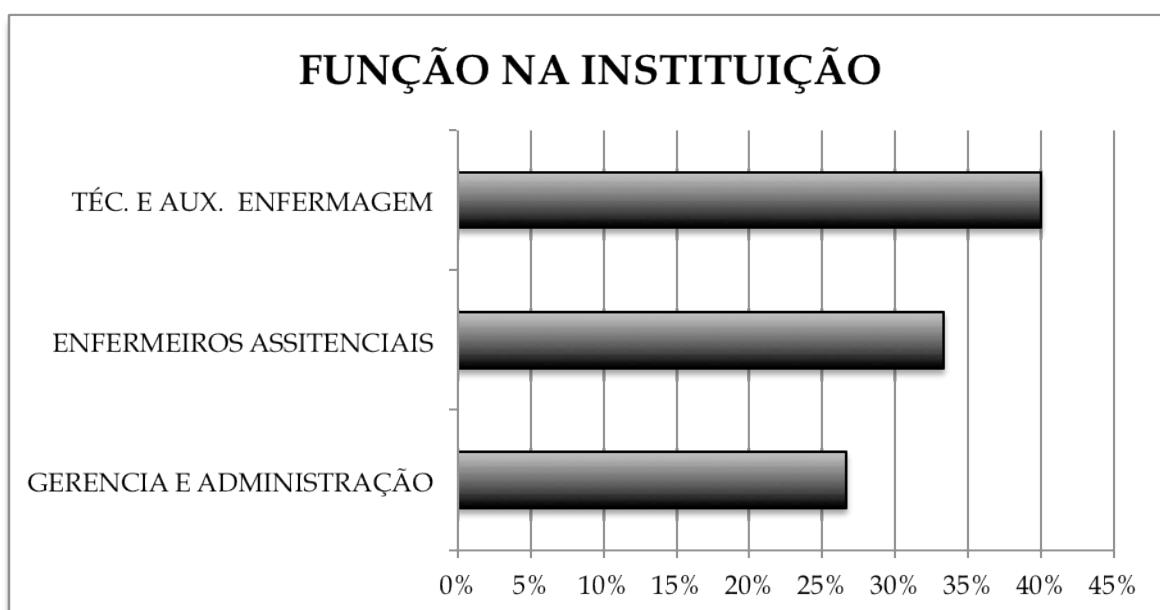


GRÁFICO 4 – FUNÇÃO NA INSTITUIÇÃO DOS INFORMANTES-CHAVE  
 FONTE: A AUTORA, 2013



## 4.2 INTERPRETAÇÃO DA REALIDADE OBJETIVA

Para utilizar as categorias dimensionais é preciso compreender que elas pertencem a uma visão de mundo, sofrem transformações com o tempo e à dinamicidade da sociedade. A Equipe de Enfermagem tem sua prática vinculada a essas mudanças, não somente como objeto das modificações sociais, mas também como sujeito transformador dessa realidade.

### 4.2.1 Dimensão Estrutural

A dimensão Estrutural, neste estudo, compreende os processos jurídico-legais relativos à Saúde do Trabalhador no Brasil, assim como as políticas e leis afeta à promoção da saúde, prevenção de agravos e à integralidade na atenção à saúde.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, a conformação da Saúde do Trabalhador é colocada como competência do SUS, assegurando em seu artigo 198:

“[...] as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único [...]”; ao Sistema Único de Saúde cabe [...] executar as ações de Saúde do Trabalhador [...] e contribuir na proteção do meio ambiente, nele incluído o do trabalho” (BRASIL, 2011, p. 118).

Após anos de discussões e conferências sobre Saúde do Trabalhador e seus direitos, instituiu-se em 23 de agosto de 2012 a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, por meio da Portaria GM/MS nº 1.823, consolidando assim os direitos assegurados pela constituição de 1988 (MS, 2013).

Analisando a fala dos informantes, observa-se determinadas condições do processo de trabalho que reforçam as condições precárias de trabalho como, por exemplo, a sobrecarga que incide sobre o trabalhador:

---

**IC01** *“[...] na nossa unidade, por falta do funcionário, existe muito APH (adicional de plantão hospitalar) [...] as pessoas se desgastam muito pelo valor econômico que isso gera [...] então, [...] dobram demais, fazem 48 horas na semana, doze horas todo dia aqui, acaba ficando muito forte. As pessoas ficam muito cansadas e você vê, na maioria, [...] já estão cansadas [...], o que segura o funcionário de não pegar muito atestado [...] são os APHs [...]”*

---

QUADRO 2 - FALA INFORMANTES-CHAVE – ADICIONAL DE PLANTÃO HOSPITALAR  
 FONTE: A AUTORA (2013)

Em fevereiro de 2009 foi promulgada a Lei nº 11.907, a qual, entre outros assuntos relacionados aos salários de servidores federais, instituiu o Adicional por Plantão Hospitalar (APH): um valor suplementar pago aos servidores que desempenham regime de plantões em áreas que necessitam funcionar ininterruptamente. Ele só pode ser realizado além da carga horária semanal e no limite de 24 horas por semana (BRASIL, 2013). Acredita-se que o APH veio como uma forma de explorar um pouco mais o trabalhador que já está exausto e se sujeita a essa sobrecarga para receber um pouco mais, visando a garantia de condições dignas de vida.

#### 4.2.2 Dimensão particular

Uma vez que a dimensão particular abrange os processos de reprodução social, tais como o processo de trabalho, destaca-se, aqui, a jornada, a intensificação e a organização do trabalho, e pontos referentes à faltas, licenças para tratamento de saúde e atestados médicos, recursos humanos e conflitos.

#### 4.2.2.1 Mês típico de trabalho

Quando colocado aos informantes-chave que descrevessem um mês típico do seu trabalho, houve por parte dos enfermeiros destaque para as atividades administrativas, mesmo quando se intitulavam somente assistenciais:

<b>IC05</b>	<i>“[...] tenho que providenciar a escala de trabalho para o outro dia [...]”.</i>
<b>IC06</b>	<i>“[...] muitas vezes tenho reuniões [...] com gerência [...], diretoria [...], cuidar de ficha funcional dos enfermeiros, organizar pastas de POPs <sup>12</sup>[...]”.</i>
<b>IC08</b>	<i>“[...] de manhã que eu faço a parte administrativa [...], diariamente eu tenho a função de ver o quadro de funcionários, [...] busca de parceria com outros setores [...], estarmos incluídos em comissões de estruturação, tanto específicas da Enfermagem, quanto de outras que estão relacionadas com a assistência é [...] e isso tem sido o habitual de todos os dias.”</i>
<b>IC02</b>	<i>“[...] é tudo igual todos os doze meses [...] escala de trabalho [...] agenda de tudo [...]”.</i>

QUADRO 03 – FALA INFORMANTES-CHAVE: MÊS TÍPICO DE TRABALHO

FONTE: A AUTORA (2013)

Estudos apontam para um predomínio das atividades administrativas e gerencias sobre as assistenciais na prática do Enfermeiro. Segundo Hausmann e Peduzzi (2009), observando o cenário estudado, nota-se que o Enfermeiro tende a ter seu tempo tomado em grande parte, ou na totalidade, pelo serviço administrativo, deixando a assistência direta ao usuário delegada aos profissionais de nível médio, os quais estão sob sua supervisão. Acredita-se que

<sup>12</sup>POP (Procedimento Operacional Padrão) é uma descrição detalhada de todas as etapas imprescindíveis para se realizar uma atividade, ou seja, é um *script* padronizado para desempenhar um procedimento (WIKIPÉDIA, 2013).

isso ocorra devido ao grande volume de registros escritos solicitados pela Organização dos Serviços de Assistência à Saúde e pelo menor número de enfermeiros, nos mais diversos níveis.

A organização dos hospitais e serviços de saúde ocorreu, concomitantemente, à transformações sociais na Europa. No ano de 1859, Florence Nightingale, que já havia sido sensibilizada pela necessidade de organizar e administrar os espaços para promover a cura, iniciou uma ampla campanha na Inglaterra vitoriana, assemelhando fábricas e hospitais (ALMEIDA; ROCHA, 1997). A partir desse episódio da história, pode-se perceber o quanto importante é a administração dos ambientes ampliados de trabalho da Enfermagem para o exercício adequado da profissão, bem como para a saúde de seus trabalhadores. A Lei do exercício profissional traz em seu Art. 11 que é privativo ao enfermeiro: a organização, coordenação dos serviços de assistência e das atividades técnicas e auxiliares prestadas nestes serviços (BRASIL, 1986). Embora com o respaldo da lei observa-se que, para grande parte dos profissionais de nível médio da Enfermagem, o fato do Enfermeiro ocupar quase todo seu tempo nas atribuições administrativas o torna, com frequência, despreparado para assistência, fator causador de conflitos e polêmicas.

#### 4.2.2.2 Conflitos

Notou-se que o conceito “conflito” está presente na fala dos informantes quando se trata de alguns aspectos referentes à organização do trabalho:

<b>IC02</b>	<i>“[...] conflito (riso) é todo dia, quase! [...] As pessoas tem suas exigências... não entendem a questão do local de trabalho, muito pouco veem a realidade de trabalho”.</i>
<b>IC04</b>	<i>“[...] tem pouca gente pra fazer a rotatividade dentro da sala [...], acaba gerando um certo conflito por que uns querem ficar só na sala, não querem retirar introdutor [...]”.</i>
<b>IC08</b>	<i>“[...] o espaço hospitalar é um espaço de conflito, é um espaço de busca de poder [...]. Nós fazemos parte de uma equipe multiprofissional [...]”.</i>
<b>IC10</b>	<i>“[...] isso tem em qualquer ambiente de trabalho. Sempre. Não vai existir, nunca, um lugar ‘há aqui não tem conflito,’ mentira”.</i>

QUADRO 4 - FALA INFORMENTES CHAVE: CONFLITOS  
FONTE: A AUTORA (2013)

Conflitos são discordâncias internas, resultantes da diferença de pensamento e ideias de profissionais que trabalham no mesmo ambiente, muitas vezes estão envolvidas, diretamente, questões de poder. Faz-se necessário interpretar o conflito pela ótica de todos os agentes envolvidos, para decodificá-lo e buscar resolvê-lo (KURCGANT; CIAMPONE, 2005). As autoras trazem ainda que, as relações de conflito causam efeitos negativos, gerando grande dispêndio de energia para os envolvidos, devido sua dinâmica destrutiva. Dialeticamente pensando, percebe-se o conflito como algo produtivo, se analisado que podem ser formas distintas para se olhar um mesmo problema e solucioná-lo.

Outro ponto que emergiu da fala do **IC08** foi a menção de relações de poder existentes no âmbito hospitalar. Para Foucault (2001), o poder atua como ferramenta de diálogo entre sujeitos de uma coletividade. É por meio dele que as pessoas são impulsionadas a conduzir suas ações, com o intuito, não apenas de admoestar, mas também de regularizar. Enquanto elemento, o poder tem a capacidade de explicar como se produz o conhecimento e como o articula. O autor ressalta ainda que não existe sociedade livre do poder, como também os indivíduos são resultado dessas relações.

#### 4.2.2.3 Organização do trabalho da Enfermagem

Com relação à organização do trabalho da Enfermagem, embora todos façam parte da mesma unidade gerencial, não existe um padrão a ser seguido, cada serviço se organiza de forma diferenciada e pela conveniência, como evidencia-se na fala a seguir:

IC01	<i>“[...] inicialmente eu elaborava uma planilha e distribuía por box os funcionários [...]. Acabei desistindo dessa forma. Então, eu divido os funcionários de acordo com a gravidade dos pacientes [...], o resto das atividades, assim como o material, acaba ficando para quem está com o paciente mais tranquilo [...]”</i>
IC02	<i>“Os métodos cardiológicos são divididos em quatro setores [...]. Cada setor funciona de uma forma independente, cada um tem sua peculiaridade e a sua equipe, tanto médica como de Enfermagem [...]. “Na ecocardiografia, há elaboração da escala, sim, [...] Eu comecei a partir de dois meses atrás, três meses, estou tentando um tipo de escala de atividades [...] Envolve os funcionários [...], pois preciso saber o que eles fazem [...]”.</i>
IC07	<i>“[...] nós temos uma enfermeira de manhã e uma à tarde. Então, a gente percebe bem a diferença do processo de trabalho de cada uma delas [...], cada uma tem sua forma de trabalhar, o que eu não acho muito ruim, acho que dá pra gente se adequar, trabalhando e sendo feliz no setor [...]”.</i>

QUADRO 5 - FALA INFORMANTES-CHAVE: ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM  
FONTE: A AUTORA (2013)

Na assistência de Enfermagem, o processo de trabalho é muito complexo, corrobora-se com a literatura que planejamento e organização possibilitam ao enfermeiro exercer suas atividades de forma coerente e responsável (KURCGANT, 2006).

Almeida e Rocha (1997) destacam que organizar o trabalho de

Enfermagem em tarefas direcionando a execução de uma escala de trabalho, causa um adestramento, o que possibilita o controle social<sup>13</sup> desse trabalhador por meio de uma divisão técnica de trabalho.

Ressalta-se, ainda hoje, a existência de grande resistência por parte de auxiliares e técnicos em aceitar o comando do enfermeiro; em muitas situações ocorre uma distorção do cargo exercido por esse profissional: ou ele é visto como intransigente e colocado à margem dos demais membros da equipe de Enfermagem, ou, quando o mesmo, busca se aproximar da equipe com frequência é acolhido como 'amigo', o que pode ocasionar algumas dificuldades nas tomadas de decisões inerentes ao cargo de chefia e supervisão.

#### 4.2.2.4 Sobrecarga de trabalho

Outro ponto que chamou atenção nesta pesquisa foi o apontamento da sobrecarga de trabalho referida.

---

<sup>13</sup>De acordo com Brasil (2009, p.10) o controle social empregado na saúde está relacionado à “participação no processo decisório sobre políticas públicas e ao controle sobre a ação do Estado”. Diferentemente deste, a sociologia de Elias (1994) apresenta o controle social como fenômeno imposto ao indivíduo pelas estruturas sociais.

<b>IC01</b>	<i>“[...] Se eu tivesse funcionários suficientes, se a minha escala tivesse a quantidade de funcionários necessária, não é uma unidade pesada [...] e, acaba que o funcionário que faz doze horas, trabalha doze horas e mais seis horas, ou quem trabalha seis horas acaba trabalhando doze horas [...]”</i>
<b>IC04</b>	<i>“[...] quando temos uma demanda grande de trabalho [...], vemos que temos poucos funcionários [...]. Acaba sobrecarregando [...], achamos que não vamos dar conta do serviço.”</i>
<b>IC08</b>	<i>“[...] alguns momentos existe uma intensificação de procedimentos [...], tendo um ou dois pacientes graves. Isso já faz com que haja intensificação [...], faz com que tenha mais procedimentos, os cuidados são mais complexos e isso acaba sobrecarregando a equipe.”</i>
<b>IC10</b>	<i>“[...] é muita coisa, é muito estressante [...]. O hospital tenta jogar o máximo de atribuições [...], não dá muita coisa, cada vez mais eles estão descentralizando e jogando para gente, é muita coisa, é muito serviço [...]”</i>

QUADRO 6 - FALA INFORMANTES-CHAVE: SOBRECARGA DE TRABALHO  
 FONTE: A AUTORA (2013)

A literatura aponta que ter uma Enfermagem presente 24 horas por dia nas instituições hospitalares já caracteriza intensificação do trabalho (FELLI, 2012). Agregada a essa situação e, a agravando, vem a escassez de profissionais, o que torna o trabalho acelerado, intenso e desgastante. Trabalhar com um número de profissionais reduzido influencia na desqualificação da assistência prestada por esses profissionais. A realidade apontada pela autora mostra que os trabalhadores de Enfermagem acabam trabalhando mais de 44 horas semanais para cobrir ausências, férias, faltas e licenças para tratamento de saúde e atestados médicos, como também devido à má remuneração que recebem. Em muitas instituições, essas horas trabalhadas a mais não são pagas, elas compõem bancos de horas que são gozadas de acordo com a conveniência das instituições, mas por diversas vezes, devido à escassez de profissionais, nem são desfrutadas (FELLI, 2012).



## 4.2.2.5 Recursos humanos

Juntamente com o assunto da sobrecarga referida dos informantes-chave, evidenciou-se a deficiência qualitativa e quantitativa dos recursos humanos.

<b>IC01</b>	<i>“[...] todos os dias eu trabalho com, no mínimo, duas horas extras, se não houver falta, atestado ou férias [...] O problema é que, [...] por falta do funcionário, existe muito APH (adicional de plantão hospitalar)[...]”.</i>
<b>IC02</b>	<i>“[...] Existe uma defasagem grande!”</i>
<b>IC04</b>	<i>“[...] Falta bastante gente, me sinto sobrecarregado [...]. Eu faço quase outra escala no período contrário ao meu horário [...]. Às vezes, você não está muito afim [...], quer uma folga mas, não tem quem cubra, você não tem como pegar [...], prejudica as férias também [...]. Está faltando gente, quando sai um de férias vai faltar mais gente ainda [...]”.</i>
<b>IC06</b>	<i>“[...] Foi feito um redimensionamento ano passado, [...] a proposta que veio para nós é o mínimo, também não é o ideal, mas é o menos pior [...], temos unidades que não atingiram nem o mínimo [...]. Se tivéssemos tudo conforme manda COREN, seria um problema a menos para resolver”.</i>
<b>IC10</b>	<i>“[...] penso que falta [...], isso é comprovado pelo estudo de redimensionamento que é feito pela UAP (Unidade Administração de Pessoas), ali vemos que realmente falta [...]”.</i>

QUADRO 7 - FALA INFORMANTES-CHAVE: RECURSOS HUMANOS  
FONTE: A AUTORA (2013)

O dimensionamento de pessoal em Enfermagem tem recebido bastante atenção principalmente nas instituições de saúde, uma vez que, nos dias de hoje, a saúde cada vez mais é vista como mercadoria. O capitalismo gira em torno da lei de oferta e procura. Se, por um lado, tem-se a necessidade de ampliar a oferta dos serviços de saúde, de outro existe a contenção de custos, o que

acarreta a cobrança por melhor qualidade e eficácia dos serviços prestados pelos profissionais.

O Conselho Federal de Enfermagem, no ano de 2004, estabeleceu parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem, com base no perfil de dependência dos pacientes atendidos nas unidades hospitalares, bem como a quantidade de horas que o profissional necessita desenvolver para atendê-los (COFEN, 2013).

Esta proporção constitui o recurso mais desafiante para as instituições de saúde, pois todo o processo de trabalho em saúde é diretamente dependente das pessoas que o desenvolvem. Em economia de estado mínimo, é provável que o setor administrativo dessas instituições seja constantemente pressionado para redução dos recursos humanos, mais uma vez pensando na questão do lucro, como mencionado anteriormente (KURCGANT, 2006). No entanto, essa conjuntura deficitária de gestão de pessoas vem gerando múltiplos problemas para a Saúde dos Trabalhadores, como: sobrecarga de trabalho, estresse, fadiga, desmotivação e, com isso, o aumento das taxas de absenteísmo, faltas e atestados médicos.

Emergiu nas falas dos informantes-chave, o tópico sobre o que mais os incomodava no seu ambiente de trabalho. E, na fala de alguns, o problema com os recursos humanos voltou aparecer:

**IC03**

---

*“[...] A escala, às vezes, você quer ficar um final de semana em casa [...], faz algum tempo que eu não tenho um sábado e um domingo em casa, ou eu estou de plantão no sábado ou no domingo, desde a metade do ano passado que eu não consigo isso [...], porque como disse, eu faço quase uma outra escala no turno do dia, a minha escala é quase que dobrada, geralmente meus plantões são de 24 horas[...]”.*

---

QUADRO 8 - FALA INFORMANTES-CHAVE: RECURSOS HUMANOS/ ESCALA  
 FONTE: A AUTORA (2013)

#### 4.2.2.6 Faltas, licenças para tratamento de saúde, atestados médicos e absenteísmos

O absenteísmo, as faltas e as licenças para tratamento de saúde e atestados médicos foram recorrentes nas falas dos informantes-chave; associados as questões de recursos humanos deficitários e a sobrecarga de trabalho.

IC01	<i>“[...] a gente tem bastante atestado, na véspera de feriados e na volta de feriados, isso acaba exacerbando [...], tem bastante gente que faz dupla jornada. Que são os que geralmente apresentam mais atestados”.</i>
IC08	<i>“[...] Existe, porque o quadro que tem aqui [...] não dá subsídio nem pra cumprir com a quantidade necessária [...] pra dar assistência para o paciente, e essas pessoas que vem de outras unidades que também continuam a fazer os plantões extras pra cobrir essa parte do absenteísmo. Tem muito atestado, não sei dizer em termos de porcentagem, mas todo mês tem. As férias, faltas, licenças, isso existe, todo mês existe”.</i>
IC10	<i>“[...] os funcionários estão ficando velhos, estão cansados por causa da sobrecarga, por que não tem como suprir essa falta de funcionário daí, tem o APH, todo mundo faz, fica cheio de plantão pra fazer, fica cansado [...] é difícil, eu tenho certeza que ausência, atestado, falta é tudo cansaço e idade [...] não tem jovem trabalhando aqui [...] os funcionários vão ficando cansados, falta gente e sobrecarrega quem tá aqui, por isso eu acho que tem bastante atestado, falta. Piora o RH e gira tudo entorno da falta de pessoal, hoje eu acho que esse é o maior problema do hospital</i>

QUADRO 9 - FALA INFORMANTES-CHAVE: FALTAS, LICENÇAS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE, ATESTADOS MÉDICOS E ABSENTEÍSMOS  
 FONTE: A AUTORA (2013)

A sobrecarga de trabalho leva o trabalhador ao adoecimento. A fala do

**IC10** vem ao encontro do colocado por Felli (2012), a qual afirma que o adoecimento, como consequência de uma jornada de trabalho exaustiva e intensa, é frequente. No seu estudo, a autora aponta que trabalhadores de Enfermagem com idade média de 40 anos, já trabalham com algum tipo de dor, fadiga e desgaste, destacando que, na Enfermagem, frequentemente um profissional só busca o afastamento de suas funções quando não possui alternativa. A fala do **IC10** vem ao encontro do colocado pela autora

O absenteísmo, além de destacar seu adoecimento é um problema grave na Enfermagem, pois a ausência do trabalhador sobrecarrega à equipe de Enfermagem. O absenteísmo é somente mais uma sequela do mundo capitalista, do estado mínimo, sobrecarregando o trabalhador de tal maneira que este acaba ausentando-se por desgaste físico, psicológico e por que não, social. O profissional vivencia seu cotidiano sob pressão da produtividade e do lucro, chegando, em determinado momento, a não ter condições de lidar com o contexto, acabando por ausentar-se.

Em retidão das condições de trabalho adversas, os trabalhadores podem recorrer a meios para compensar o sofrimento, adotando posturas defensivas. Por outro lado, a Enfermagem é a maior força de trabalho das instituições hospitalares e, devido a isso, acaba sendo a classe de profissionais que mais sofre com condições insalubres de trabalho; nota-se que, rotineiramente, os hospitais não preveem cobertura para atestados médicos e absenteísmos, o que gera desgaste e sofrimento a todos os envolvidos (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009).

#### 4.2.2.7 Qualidade da assistência de Enfermagem

A qualidade da assistência de Enfermagem prestada é prejudicada com o processo de trabalho aqui exposto. Alguns dos informantes mencionaram no seu discurso uma preocupação com o tipo de assistência que estão prestando aos seus pacientes.

IC01	<p><i>“[...] tenho uma equipe bastante cansada, fazendo um ritmo bastante forte [...]. Já não tem mais tanta intimidade com o que faz [...], já não consegue interagir muito com o cliente [...]. A qualidade da assistência na minha unidade não é um ponto que possa se destacar, embora os funcionários [...] tenham um conhecimento técnico muito grande [...], na tomada de decisão são muito efetivos, eles deixaram para trás o que é da Enfermagem, cuidado direto com o paciente [...]”.</i></p>
IC05	<p><i>“[...] o fato de funcionários serem de fora, eles acabam não sabendo exatamente a rotina do ambiente [...]. Por alguns momentos me dá insegurança sobre o tipo do cuidado prestado, isso gera insegurança para a equipe, mas é necessário porque nós temos que manter uma escala com, no mínimo, cinco funcionários [...]”.</i></p>
IC08	<p><i>“[...] pessoa que vem uma vez só por mês ou duas vezes [...] não é uma pessoa que vai conseguir chegar aqui e já de primeiro momento engajar naquilo que está proposto para essa pequena parte da equipe que é efetivada aqui, então isso é uma situação crítica [...] acaba influenciando de certa forma no cuidado, sim [...]”.</i></p>

QUADRO 10 - FALA INFORMANTES-CHAVE: QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
 FONTE: A AUTORA (2013)

No mundo do trabalho cada vez mais procura-se e cobra-se por qualidade nos serviços; na saúde esse panorama não é diferente. O mercado favorece empresas que ofertam melhores serviços a menores custos e, condena as que não alcançam este patamar. Os usuários estão mais conscientes dos seus direitos, exigindo atendimento com dignidade e ética por parte dos profissionais de saúde. Acredita-se que a Enfermagem tem o compromisso de prestar o cuidado com qualidade, mas para isso, se fazem necessárias condições dignas para o desenvolvimento do trabalho.

A assistência de Enfermagem adequada depende de inúmeros processos que se interrelacionam, entre eles: número de profissionais adequado,

estrutura e organização das instituições de saúde para proporcionar condições qualificadas à assistência. Não se pode deixar de lado a necessidade de avaliações frequentes, a fim de contribuir para a melhoria dos serviços de saúde prestados à população (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006). Na fala de um dos informantes-chave encontra-se convergência com a ideia da autora:

---

**IC02** *“[...] tento ter uma visão de qualidade, tem que ser feito de forma legal, a contento, respeitando todas as normas [...]. Hospital tem que ser tudo assim [...] limpo e com qualidade, uma boa orientação [...], é um conjunto de ações [...]”.*

---

QUADRO 11 - FALA INFORMANTES-CHAVE: VISÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
 FONTE: A AUTORA (2013)

#### 4.2.3 Dimensão Singular

Esta dimensão envolve as ações que visivelmente levaram estes indivíduos a adoecer, morrer, ou aprimorar seus processos protetores, compreende também métodos de trabalhos específicos dos setores assistenciais nos serviços (EGRY, 1996).

##### 4.2.3.1 Acidentes de trabalho

Durante as entrevistas o termo acidente de trabalho acabou por se destacar., os informantes-chave relataram que, de forma geral, eles não ocorrem ou ocorrem de maneira não significativa na Unidade gerencial, porém a questão da notificação, aparece na fala do **IC02**.

<b>IC01</b>	<i>“[...] Dentro desse ano não tive nenhum acidente.”</i>
<b>IC03</b>	<i>“Acontece, não é muito frequente, mas acontece. Por falta de atenção [...] relacionada ao cansaço”</i>
<b>IC07</b>	<i>“[...] acidente de trabalho tem poucos ali no meu setor, foram poucas CAT que o pessoal abriu durante todos esses anos. Se for fazer uma estimativa, acho que a porcentagem até que tá dentro do tolerável, mas a gente não tem muito acompanhamento do SESMIT[...].”</i>
<b>IC10</b>	<i>“[...] Notificação de acidente de trabalho do funcionário, não tem muita coisa”.</i>
<b>IC04</b>	<i>“[...] é pouco registrado, por que o pessoal tem uma cultura de não querer registrar o acidente de trabalho”.</i>
<b>IC06</b>	<i>“[...] não estão notificando [...]. Muitas pessoas reclamam da forma como se procede até a assistência propriamente dita, por que é muito burocrático. Passa por um, ou aquele não aceitou, ou não entendeu, não é bem ali que tinha que ir [...] até você receber a assistência do seu acidente [...] ‘Esquece, deixa que eu me viro, faço um curativo’, e acabam não levando adiante essa situação do acidente”.</i>

QUADRO 12 - FALA INFORMANTES-CHAVE: ACIDENTE DE TRABALHO  
 FONTE: A AUTORA (2013)

Adotando como base o trabalho de Gessner (2011), realizado na mesma instituição deste estudo, há fortes indícios para supor que, mesmo com a informação fornecida, existe uma subnotificação dos acidentes ocorridos. Em primeiro lugar devido à burocracia que envolve o processo de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), bem como a não valorização da lesão ocorrida, e o medo dos procedimentos subsequentes.

Na década de 1980, Ribeiro e Lacaz (1984), relataram que o número de notificações mostra-se inferior ao de acidentes ocorridos no período, constatando-se que a subnotificação faz parte de uma questão histórica dentro da Saúde do Trabalhador. A fala dos informantes vem corroborar a questão apresentada na literatura.

Percebe-se uma relação entre o fenômeno da subnotificação com o excesso de trabalho e precarização deste devido à baixa remuneração, obrigando o trabalhador a ter dupla jornada de trabalho ou a realizar horas extras em demasia. O excesso de demanda exerce influência no ato de notificação do acidente, dificultando a notificação fidedigna do acidente (GESSNER, 2011).

#### 4.2.3.2 Doenças e agravos não transmissíveis

Ao questionar os informantes-chave sobre as doenças e agravos não transmissíveis (DANTs) que acontecem com os profissionais de enfermagem no cenário estudado, observou-se o desconhecimento do termo pelos entrevistados. Assim sendo, foi realizado uma breve explanação sobre o assunto e obtiveram-se os seguintes discursos:



IC01	<p><i>“Eu tenho [...] uma funcionária que é diabética e hipertensa e não consegue controlar a diabetes e tem uma situação familiar complicada fora do serviço, o que já dificulta para ela [...]. Uma funcionária com bastante idade tem artrose nos joelhos [...], outra que já fez cirurgia nos joelhos e tem problema na coluna [...]. Todas essas são obesas [...], perdi duas funcionárias excelentes [...] num esgotamento físico e emocional muito grande[...]”.</i></p>
IC02	<p><i>“Olha, [...] todos tomam algum medicamento controlado [...] mas, eu acho que a grande maioria está tomando algum antidepressivo, algum tranquilizante, alguma coisa assim [...]. De certa maneira tem uma doença crônica [...], têm pessoas com hipertensão, problemas renais[...]”.</i></p>
IC03	<p><i>“[...] na hemodinâmica, houve uma época que de dez funcionários, quatro tinham algum tipo de câncer, é um índice alto para qualquer lugar [...]”.</i></p>
IC05	<p><i>“[...] Sim, tenho alguns funcionários que fazem tratamento para hipertensão[...]. Tem funcionário com tratamento para depressão, diabetes [...]. Ah, inclusive têm faltas bem específicas por conta do diabetes descompensado. São as doenças que eu percebo que tem a maior incidência de faltas dentro do ambiente aqui.”</i></p>
IC08	<p><i>“[...] algumas pessoas, inclusive agora, tem uma servidora que está afastada. Ela é portadora de doença crônica, diabetes. Houve um afastamento também de, aproximadamente, 40 dias de outra por transtorno mental, existem outras pessoas também que fazem acompanhamento, estão estáveis em termos de doença crônica[...]”.</i></p>

QUADRO 13 - FALA INFORMANTES-CHAVE: DANTs  
 FONTE: A AUTORA (2013)

Nota-se nos discursos que, embora atendam e prestem cuidado de Enfermagem a pessoas doentes, os trabalhadores de Enfermagem, frequentemente acabam por negligenciar seu cuidado pessoal, esquecem que

compartilham o mesmo perfil de adoecimento da população em geral, com um agravante: estão expostos ao ambiente insalubre cotidianamente, o que potencializa o seu desgaste.

A Enfermagem presta cuidado ininterrupto, trabalha em turnos, como dito anteriormente e, em muitas situações, em dupla jornada. Seus trabalhadores são constantemente expostos a diferentes cargas de trabalho, desenvolvendo processos protetores e de desgaste (FELLI, 2012).

As DANTs são um problema de saúde pública e as instituições, assim como o Estado, têm que garantir cotidianamente em seu ambiente de trabalho a promoção da saúde, a prevenção desses agravos, e o incentivo à adesão aos tratamentos em seus profissionais, tudo isto articulado às políticas públicas de inclusão social. Estudos demonstram que análises de sangue de trabalhadores de um Hospital Universitário apresentaram alteração em 60% dos resultados, isso corrobora na comprovação do grau prevalência das DANTs nos ambientes de trabalho (TEIXEIRA; MANTOVANI, 2009).

Outro estudo realizado recentemente denuncia câncer e suicídio como principais causas de morte entre enfermeiros; o câncer mais relacionado às altas cargas de horas trabalhadas e exposição a agentes físicos e químicos, e o suicídio apontando para o sofrimento, estresse e angústia (KARINO, 2012). Constata-se indícios que referendam esse estudo na fala de alguns informantes.

IC07	<i>“[...] A radiação [...], a gente sabe que é um risco, que se for prejudicar o funcionário [...] é em longo prazo, 20, 30, 40 anos, pode determinar [...] promover o crescimento de células, desencadear mutação celular a ponto de a pessoa ter um câncer.”</i>
IC04	<i>“[...] A radiação me preocupa porque a gente acaba sendo bastante exposto, porque os exames são muito prolongados, a gente fica muito tempo em sala, não tem como rodar, esse mês mesmo o dosímetro veio alto, então a gente [...] pode ser um problema futuro [...]”.</i>

QUADRO 14 - FALA INFORMANTES-CHAVE: RADIAÇÃO  
FONTE: A AUTORA (2013)

Compreende-se o sentimento de medo numa conexão entre as dimensões particular e singular. Mesmo experimentando este anseio, os trabalhadores se arriscam, pois necessitam do emprego e, com receio de perdê-lo, colocam o risco do seu adoecimento em segundo plano. O medo é uma constante em todas as categorias profissionais. Esses indivíduos desenvolvem defesas, meios de compensar esse medo, transformando-se em figuras resistentes com posturas defensivas, por vezes, levando à indiferença (DEJOURS, 1992). Quando este trabalhador distorce sua autodefesa pode suscitar atitudes de descaso ou negligência em relação a sua própria saúde (GESSNER, 2011).

Analisando a dimensão singular nos trechos destacados ficaram evidentes os processos que induzem ao adoecimento dos profissionais de Enfermagem, mas também leva-se em conta o modo de viver destes, pois, enquanto indivíduos, estão inseridos em uma classe social.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os fenômenos das mudanças sociais no mundo respondem por grandes transformações políticas e econômicas, repercutindo diretamente no mundo do trabalho. As organizações que prestam serviços de saúde tornaram-se exigentes, obrigando o trabalhador à, contraditoriamente, adaptar-se para manter sua fonte de renda, contrabalanceando a manutenção da qualidade da assistência de Enfermagem que presta aos usuários desses serviços.

Este estudo permitiu constatar que há deficiências com relação à Saúde do Trabalhador nos serviços de saúde. Um aspecto muito destacado nos depoimentos dos informantes-chave foi a questão dos recursos humanos. E isso é uma realidade tanto no setor privado como no público: a pressão do mercado pela qualidade de serviços a custo baixo, é fator agravante dessa condição.

Nos discursos, a idade avançada dos trabalhadores foi mencionada. É tendência dos profissionais ligados às instituições públicas, devido à estabilidade do vínculo estatutário, permanecer por longo tempo e, às vezes, toda vida produtiva dentro no cenário, até se aposentarem. No setor público, a reposição de profissionais exige processo seletivo, embora, com a tendência da flexibilização do trabalho, exista um movimento de novos meios para contratação de profissionais.

O Estado, com a implantação do adicional por plantão hospitalar, buscou uma alternativa para manter o funcionamento dos serviços de saúde, mas não deu relevância ao fato de que, embora a recompensa financeira seja atraente, o trabalhador possui limitações, desgastes físicos e psicológicos. Fica claro o aumento dos atestados médicos e licenças para tratamento de saúde.

Neste estudo identificou-se, nos discursos dos sujeitos envolvidos, dois gatilhos para o aparecimento de desgastes: a sobrecarga do trabalho e a deficiência numérica de profissionais de Enfermagem. Logo, não se pode atribuir o absenteísmo exclusivamente à decisão pessoal do trabalhador. Faz-se necessário observar as condições de trabalho oferecidas e os processos de trabalho desenvolvidos no cenário da pesquisa, pois os profissionais de Enfermagem envolvidos na assistência ao ser humano são diariamente expostos

a diversos processos de desgastes resultantes das complexas atividades desenvolvidas, as quais podem gerar adoecimentos e sofrimentos. Essa exposição constante, por vez não percebida pelo próprio trabalhador, pode gerar diferentes sinais e sintomas, muitas vezes dificultando o estabelecimento de nexos causais com o trabalho exercido.

Percebeu-se no estudo a existência de certa “estranheza” dos profissionais entrevistados com o termo Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs). Somente após uma explicação por parte da pesquisadora, os informantes demonstraram conviver de perto com o problema. Acredita-se que a primeira forma para controlar um agravo é o acesso à informação.

Observa-se que os trabalhadores de Enfermagem, mesmo sendo da área da saúde, reproduzem padrões sociais mais generalizados. Vivenciando processos que os levam ao adoecimento, pois estão inseridos em uma classe social que determina seus padrões de consumo, proteção e desgaste.

Por fim, acredita-se que a experiência da aproximação e reconhecimento da realidade objetiva desses profissionais auxiliou a pesquisadora, também trabalhadora deste contexto, possibilitando a constatação de que, suas angústias com relação às condições de trabalho não são infundadas e isoladas, fazem parte da realidade na qual a Enfermagem está inserida. Uma vez que, é uma situação compartilhada com outros profissionais, tornam-se imprescindíveis intervenções na realidade explicitada.

Assim, o presente estudo pretende fornecer subsídios para que a Unidade Gerencial possa elaborar intervenções que melhorem as condições de saúde dos seus trabalhadores por meio da reflexão da prática assistencial da Enfermagem prestada, da organização do trabalho e da negociação de conflitos, pois acredita-se que, profissionais reconhecidos como cidadãos, com direitos garantidos, desempenham seus deveres com maior efetividade.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C.P. de; ROCHA, S.M. **O trabalho de enfermagem**. – São Paulo: Cortez, 1997. 296 p.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre a metamorfose e a centralidade do mundo do trabalho**. 15ª Ed. São Paulo: Cortez. 213 p. 2011

BARALDI, S.; CAR M. R. Flexibilização e desregulamentação laboral dos trabalhadores da área de enfermagem no Brasil. **Rev. Latino-am Enfermagem [online]**. 2008, março-abril; 16 (2).

BARREIRA, I. de A. A reconfiguração da prática da Enfermagem brasileira em meados do século 20. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2005, v.14, n.4, pp. 480-487.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição**: República federativa do Brasil até a Emenda Constitucional de 22 de dezembro de 2010. Brasília, DF: Senado Federal, 2011. 402 p.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf> Acesso em: maio/2012.

\_\_\_\_\_. Decreto 7.186/10, de 27 de maio de 2010. Regulamenta os arts. 298 a 307 da Lei nº 11.907, de 2 de fevereiro de 2009, que tratam do Adicional por Plantão Hospitalar - APH **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 maio 2010. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/noticia.asp?p=not&cod=6218&cat=26&sec=11> Acesso: abril/2013.

\_\_\_\_\_. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**; 1986. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/download/Leiprofissional.pdf> Acesso: janeiro/2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN-293/2004**. Fixa

e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados [Internet]. Rio de Janeiro (Brasil); 2004. Disponível em: [http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-2932004\\_4329.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-2932004_4329.html) Acesso: abril/2013.

COSTA, F. M. DA; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. DE. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2009, vol.62, n.1, pp. 38-44.

COSTA, R.; PADILHA, M. I.; AMANTE, L. N.; COSTA, E.; BOCK, L.F. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2009, vol.18, n.4, pp. 661-669.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2006, vol.59, n.1, pp. 84-88.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.** – 5 a edição ampliada. São Paulo, SP. Cortez Editora, 1992.

DICIONÁRIO ONLINE PORTUGUÊS. **Guildas**. Disponível em: [www.dicio.com.br/guilda/](http://www.dicio.com.br/guilda/). Acesso: agosto, 2012.

DREHER, A.C.P.; MARISCO, N. da S. **Doenças ocupacionais: um enfoque nos profissionais de Enfermagem da Hemodiálise**. UNICRUZ – Seminário de Ensino Pesquisa e Extensão. Disponível em: [http://www.unicruz.edu.br/15\\_seminario/seminario\\_2010/CCS/DOEN%C3%87AS%20OCUPACIONAIS-%20UM%20ENFOQUE%20NOS%20PROFISSIONAIS%20DE%20ENFERMAGEM%20DA%20HEMODI%C3%81LISE.pdf](http://www.unicruz.edu.br/15_seminario/seminario_2010/CCS/DOEN%C3%87AS%20OCUPACIONAIS-%20UM%20ENFOQUE%20NOS%20PROFISSIONAIS%20DE%20ENFERMAGEM%20DA%20HEMODI%C3%81LISE.pdf) Acesso: Maio de 2012.

EGRY EY. **Saúde coletiva: construindo um novo método em Enfermagem**. São Paulo: Ícone; 1996.

ELIAS, N. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

ELIAS, M.A., NAVARRO, V.L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de Enfermagem de um hospital escola. Ver. **Latino-am. Enfermagem**. 2006 julho-agosto; 14(4):517-25.

FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção de cuidados e produção de sujeitos. **Saúde e sociedade**. 2010, vol.19, n.2, p 429-439.

FELLI, V.E.A. Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas. **Enfermagem em Foco** 2012; 3.p: 178-181.

FETRAECE. **Conceito de gênero** – Disponível em: [www.fetraece.org.br/images/Site\\_6/genero.pdf](http://www.fetraece.org.br/images/Site_6/genero.pdf). Acesso: junho, 2013

FOUCAULT, M. **Dito e escrito**. Edição elaborada sob a direção de Defert e François Ewald. Colaboração Jacques Lagrange, Vol. I e II. Paris. Quarto Gallimard, 2001.

GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. **Integralidade da atenção no SUS e sistematização de enfermagem**. – Porto alegre: Artmed, 2010. Disponível em: [http://books.google.com.br/books?id=-qrN9XW\\_0pMC&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.br/books?id=-qrN9XW_0pMC&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q&f=false) Acesso: maio, 2013.

GESSNER, R. **O reconhecimento da realidade objetiva das notificações de acidentes de trabalho com material biológico em um hospital escola de Curitiba/Pr**. 104f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Setor de Ciências de Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. de C. Saúde do Trabalhador: novas-velhas questões. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2005, vol.10, n.4, pp. 797-807.

GUIMARÃES, T. C. F. **A flexibilização do trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades para a gestão do trabalho e a educação em saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Dissertação: Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2009.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2009, vol.18, n.2, pp. 258-265.



HOSPITAL DE CLÍNICAS. **Histórico**. Disponível em:  
<http://www.hc.ufpr.br/?q=node/65> Acesso: agosto/2012.

HISTEDBR. **Estado Mínimo**. Disponível em:  
[www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/glossario/verb\\_c\\_estado\\_minimo.htm](http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/glossario/verb_c_estado_minimo.htm)  
 Acesso: junho, 2013.

KARINO, M.E. **As causas de morte dos enfermeiros: uma revisão sistemática**. 167f. Tese (Doutorado em Ciências). – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2012.

KURCGANT, P. **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 2006. p. 207-214.

KURCGANT, P.; CIAMPONE, M.H.T. **Gerenciamento de Conflitos e Negociação**. In: Daisy Maria Rizatto Tronchi... [et al.] Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 54-65.

LACAZ, F. A. de C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2007, vol.23, n.4, pp. 757-766.

MERHY, E. E., FRANCO, T. B. **Trabalho em saúde**. Fiocruz: 2005

MINAYO M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, p.262-267, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE . **História e Evolução dos Hospitais**. Rio de Janeiro. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_08.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf) Acesso: Julho de 2012.

\_\_\_\_\_. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília, DF. Julho de 2011. Disponível em:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano\\_acoes\\_estrategicas20x20\\_25julho.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_acoes_estrategicas20x20_25julho.pdf) Acesso em: agosto, 2012.

\_\_\_\_\_. **Portal da Saúde - Sobre a Saúde do Trabalhador**. Disponível em:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=30426&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30426&janela=1).

Acesso: dezembro de 2012.

NARDI, H. C. **Saúde do Trabalhador**. In: CATTANI, A. D. (org.) (1997) Trabalho e tecnologia, dicionário crítico. Petrópolis: Editora Vozes; Porto Alegre: Ed. Universidade,. 219-224. Disponível em: [webensino.unicamp.br/disciplinas/.../9/Nardi\\_07.doc](http://webensino.unicamp.br/disciplinas/.../9/Nardi_07.doc) Acesso: Novembro de 2012.

OLIVEIRA, A.F.A., NUNES, R. C.T., TESSER, A. L. **Implantação do Modelo de Gestão Colegiada no Hospital de Clínicas da UFPR**. 2012.

OJEDA, B. S. ET AL. Saberes e verdades acerca da enfermagem: discursos de alunos ingressantes. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2008, vol.61, n.1, pp. 78-84.

PARANÁ. Secretaria do Estado da Saúde/PR. **Plano Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador do Paraná**. Curitiba, 2011.

PIRES, D. E. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 1a Ed. São Paulo: Annablume, 1998. 254p.

\_\_\_\_\_. **Divisão do trabalho em saúde**. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/divtectrasau.html> . Acesso: Julho, 2012.

\_\_\_\_\_. **Precarização do trabalho em saúde**. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/pretrasau.html> Acesso: janeiro, 2013.

\_\_\_\_\_. **Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem – Brasil 1500 a 1930**. São Paulo: Cortez, 156p. 1989.

QUEIROZ, V.M.; EGRY, E.Y. **Bases metodológicas para a assistência de Enfermagem em saúde coletiva fundamentadas no materialismo histórico e dialético**. Revista Brasileira de Enfermagem, v.41, n.1, p.26-33, 1988.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. **Manual de investigação em ciências sociais**. Tradução de Marques, J. M.; Mendes, M. A.; Carvalho, M. 4.ed. Lisboa: Gradiva, 2005.

RIBEIRO, H. P.; LACAZ, F. A. C. **De que adoecem e morrem os trabalhadores**. São Paulo: DIESAT, 1984. p. 65-85.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Doenças e agravos**. Disponível em:  
[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia\\_em\\_saude/doencas\\_e\\_agravos/index.php?p=6164](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agravos/index.php?p=6164) Acesso em: junho, 2013.

SÓ HISTÓRIA. **Guerra da Criméia**. Disponível em:  
<http://www.sohistoria.com.br/ef2/crimeia/> . Acesso: Agosto, 2012.

\_\_\_\_\_. **Idade Média**. Disponível em: <http://www.sohistoria.com.br/ef2/medieval/>  
. Acesso: Junho, 2013 (a).

\_\_\_\_\_. **Era Vargas**. Disponível em: <http://www.sohistoria.com.br/ef2/eravargas/>  
. Acesso: Junho, 2013 (b).

SOUZA, S.J.P. **Vigilância Epidemiológica das Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANTs) em um Centro Municipal de Urgências: um olhar Sobre a Prescrição de Enfermagem** [monografia]. Curitiba: Universidade federal do Paraná; 2009.

TEIXEIRA, R.C., MANTOVANI, M. F. Enfermeiros com doença crônica: as relações com o adoecimento, a prevenção e o processo de trabalho. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2009, vol. 43, n. 2, pp. 415-421.

TOBAR, F.; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formatar projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

TREZZA, M.C.A.F.; SANTOS, R. M. DOS, LEITE, J. L. Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2008, vol.61, n.6, pp. 904-908.

WIKIPÉDIA. **Procedimento Operacional Padrão**. Disponível em:  
[http://pt.wikipedia.org/wiki/Procedimento\\_operacional\\_padr%C3%A3o](http://pt.wikipedia.org/wiki/Procedimento_operacional_padr%C3%A3o) Acesso: junho, 2013.

## **APÊNDICES**

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - 34/35

APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA - 34

## APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “*Intervenção na Realidade Objetiva das Doenças e Agravos não Transmissíveis em Trabalhadores de Enfermagem*” parte de dissertação de Mestrado Profissional desenvolvida junto ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPR. As Pesquisas promovem avanços importantes para a área de Enfermagem e sua participação é fundamental.

Os objetivos desta pesquisa são: *descrever* as dimensões estrutural, particular e singular, - a *Dimensão Estrutural* abrange os processos de crescimento da capacidade produtiva e das relações de produção, concepções econômicas e político-ideológicas em certo contexto; a *Dimensão Particular* compreende demandas de reprodução social conforme a classe social na qual o trabalhador se insere e por último, a *Dimensão Singular* é formada pelas ações que levam o indivíduo a adoecer e a morrer, ou que podem levar ao aprimoramento da saúde (EGRY, 1996) - das DANTs que acometem trabalhadores de Enfermagem que atuam no HC/UFPR e *Intervir* na realidade objetiva por meio da explicitação das contradições estabelecidas entre o processo de trabalho da Enfermagem e o adoecimento por DANTs em um Hospital de Ensino de Curitiba.

Caso você concorde em participar, será realizada uma entrevista em áudio, gravada, no seu local de trabalho ou outro de sua escolha, em dia e horário que melhor lhe convier, com duração média de 40 minutos, durante a qual você lerá uma breve descrição sobre os assuntos que lhe serão perguntados, depois do que lhe serão feitas algumas perguntas referentes ao seu processo de trabalho na Unidade Gerencial cardiopulmonar;

A pesquisadora Silvia Jaqueline Pereira de Souza, enfermeira, poderá ser contatada pelo telefone (41) 96254546, e-mail [silviajaquel@gmail.com](mailto:silviajaquel@gmail.com) podendo esclarecer eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa.

A sua participação é voluntária e por ela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou, se aceitar, retirar seu consentimento a qualquer momento. Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo e seu anonimato será preservado. Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa (deslocamento, reprodução de material, fitas, etc.) não são da sua responsabilidade.

A sua entrevista será áudio gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Ao final dela, você poderá conferir as anotações realizadas no instrumento de coleta de dados e atestar a veracidade dos registros feitos. Tão logo a pesquisa termine sua entrevista, as fitas gravadas e o instrumento de coleta de dados serão apagados/destruídos.

As informações do estudo poderão ser inspecionadas pelos pesquisadores e pelas autoridades legais. No entanto, em caso de divulgação em relatório ou

publicação desta pesquisa, isto será codificado, e a confidencialidade mantida.

Eu, \_\_\_\_\_ li o texto acima e compreendi a natureza e finalidades deste estudo. Entendi que o estudo não representará custos para mim e que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão me afete diretamente.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante/sujeito Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Roteiro de entrevista

## 1. Identificação do informante

**Nome:****Sexo:****Tempo de Formação:****Cargo na Instituição:****Perfil epidemiológico da unidade**

Acidente trabalho –

Tipo de gerência –

Organização das tarefas –

Organização técnica e administrativa –

Jornada de trabalho –

Intensificação do trabalho –

Qualificação -

Divisão do trabalho –

Definição de turnos –

Divisão de férias –

## 2. Relate para mim um mês (semana) típico do trabalho neste setor

Assistência –

Escala de trabalho –

Participação do trabalhador na organização do trabalho –

## 3. Na ultima semana houve alguma situação que trouxe dificuldades para o trabalho de enfermagem no setor? Conte sobre

Conflitos –

Faltas –

Atestados –

Absentéismos –

Adoecimentos –

**ANEXO****ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – PÁGINA 01**

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - HCUFPR

**PROJETO DE PESQUISA**

**Título:** INTERVENÇÃO NA REALIDADE OBJETIVA DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

**Área Temática:**

**Pesquisador:** Sílvia Jaqueline Pereira de Souza

**Versão:** 2

**Instituição:** Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

**CAAE:** 02193112.2.0000.0096

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**Número do Parecer:** 42019

**Data da** 21/06/2012

**Apresentação do Projeto:**

Já realizado em 29/5/2012.

**Objetivo da Pesquisa:**

Já realizado em 29/5/2012.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Já realizado em 29/5/2012.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Já realizado em 29/5/2012.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Já realizado em 29/5/2012.

**Recomendações:**

Não existem.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências indicadas de inclusão do instrumento de coleta e protocolo, e o CV Lattes foram atendidas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. É obrigatório trazer ao CEP/HC uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após, xerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma para o participante da pesquisa.